

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM PADA PENDERITA HIPERTENSI
DI POLIKLINIK JANTUNG RUMAH SAKIT DR. SAIFUL ANWAR
MALANG**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



Oleh :

Luh Putu Arya Andryani

NIM. 0810720045

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2012

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN DIET
RENDAH GARAM PADA PENDERITA HIPERTENSI DI POLIKLINIK
JANTUNG RUMAH SAKIT DR. SAIFUL ANWAR MALANG**

Oleh :

Luh Putu Arya Andryani

NIM : 0810720045

Telah diuji pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 14 Desember 2012

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Ahsan, S. Kp, M. Kes

NIP. 196408141984011001

Penguji II

Penguji III

Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes

NIP. 197702262003122001

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

NIP. 19800914 200502 2 001

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN DIET
RENDAH GARAM PADA PENDERITA HIPERTENSI DI POLIKLINIK
JANTUNG RUMAH SAKIT DR. SAIFUL ANWAR MALANG**

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan

Oleh :

Luh Putu Arya Andryani

NIM. 0810720045

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I

Pembimbing II

Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes

NIP. 197702262003122001

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

NIP. 19800914 200502 2 001

KATA PENGANTAR

Saya bersyukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat merampungkan tugas akhir ini. Penulisan proposal itu saya lakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Ucapan terima kasih sedalam-dalamnya penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan sehingga laporan ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Ucapan terima kasih ini penulis sampaikan kepada:

1. Dr. dr. Karyono Mintaroem, Sp.PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian ini.
3. Dr. dr. Kusworini, M.Kes, Sp.PK Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
4. Ibu Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes, pembimbing I saya, yang telah berkenan membimbing saya dalam penulisan proposal ini.
5. Ibu Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep, M.Kes, pembimbing II saya yang telah banyak membimbing saya dalam teknis penulisan proposal ini sehingga menjadi seperti sekarang.
6. Dr. M. Saifur Rohman, SpJP, PhD yang telah mengizinkan saya untuk menyertakan penelitian saya dalam penelitian beliau.
7. Bu Tika yang telah membantu saya dengan jurnal-jurnal tentang diet rendah garam.

8. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
9. Ayahanda, Bapak Mulyadana; Ibunda, Ibu Suardani; dan Adik, Gede Arya; beserta keluarga besar yang selalu memberikan kasih sayang, pengertian, dan dukungan moril serta materil dalam menyelesaikan tugas akhir ini
10. Sahabat-sahabat saya Tutut Ika, Diena, Putu Ari Sadhu, Eva Indira, Yenisha E., Gabriela V., Gita Heryadi, Dody Negara, Naravina, Alif Irna, Ivan Limbong, Mutsumi Watada, Lee HyunSung, Simon John yang telah memberikan motivasi, serta tawa dan canda selama penulisan tugas akhir ini
11. Rekan-rekan sejawat saya di angkatan 2008 yang terus berpacu untuk mengerjakan tugas akhir.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik demi perbaikan di masa mendatang.

Malang, Januari 2013

Penulis

ABSTRAK

Arya Andryani, Luh Putu. 2012. **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang**. Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes (2) Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh masyarakat Indonesia yang dapat terjadi akibat dari salah satu masalah yang sering muncul dari perubahan gaya hidup, seperti mengonsumsi makanan yang kadar garamnya tinggi, obesitas, dan stress. Cara untuk mengatasi berkembangnya penyakit hipertensi adalah dengan mengonsumsi obat-obatan dan mengubah gaya hidup menjadi gaya hidup sehat salah satunya dengan diet rendah garam. Dalam menjaga perilaku pola makan diet rendah garam terdapat beberapa faktor yang kemungkinan mempengaruhi, antara lain pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar. Rancangan penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik pengambilan data dilakukan secara *purposive sampling* dengan jumlah responden 89 pasien. Instrumen yang digunakan sebagai pengumpul data adalah kuesioner. Dari hasil pengolahan data menggunakan uji statistik *Spearman Rank* pada *SPSS for windows 17* dengan taraf signifikansi 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh nilai korelasi positif sebesar 0,469 dan memiliki nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam. Mengingat adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam diharapkan informasi ini dapat lebih meningkatkan perawat dalam memberikan advokasi mengenai dukungan keluarga yang tepat kepada keluarga, sehingga dapat membantu meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani diet rendah garam.

Kata kunci: Hipertensi, Dukungan Keluarga, Diet rendah garam

ABSTRACT

Arya Andryani, Luh Putu. 2012. **The Relationship of Family Support and The Compliance of Low-Salt Diet among Hypertension Patients at Heart Polyclinic of Public Hospital Dr. Saiful Anwar Malang**. Final Thesis, Study Program of Nursery, Faculty of Medication, University of Brawijaya. Advisors: (1) Titin Andri Wihastuti, S. Kp, M.Kes; (2) Ns. Ika Setyo Rini, S. Kep., M. Kep.

Hypertension disease is a disease most often suffered by Indonesian. It is occurred due to the change of lifestyle including the consumption of food with high-salt content, obesity and stress. The resolutions to deal with the hypertension disease involve consuming medications and changing the existing lifestyle into the health lifestyle, among other by having low-salt diet. Keeping the meal pattern behavior with low-slat diet is determined by several factors such as knowledge, attitude and family support. The objective of research is to understand the relationship between the family support and the compliance of low-salt diet among hypertension patients at Heart Polyclinic of Public Hospital Dr. Saiful Anwar Malang. Research plan is correlation descriptive study with *cross sectional study* approach. Data collection technique is *purposive sampling* which results in 89 respondents. The collection data instrument is questionnaire. Result of data processing is using *Spearman Rank* statistical test with *SPSS for Windows 17* at significance level of 95 % ($\alpha = 0.05$) such that it has a positive correlation for 0.469 and significance rate of 0.000 ($p < 0.05$). The conclusion of research is that there is a meaningful relationship between the family support and the compliance with the low-salt diet. By the relationship between family support and the compliance with the low-salt diet, this information will increase the function of nurse in advising about family support to the patient such that it will help increasing the patient compliance in taking the low-salt diet.

Keywords: Hypertension, Family Support, Low-Salt Diet

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak (bahasa Indonesia)	v
Abstract (bahasa Inggris)	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Bagi Institusi	4
1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan	5
1.4.3 Bagi Peneliti Lain	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hipertensi	6
2.1.1 Definisi Hipertensi	6
2.1.2 Batasan Hipertensi	6
2.1.3 Klasifikasi Hipertensi	7
2.1.4 Faktor Resiko Hipertensi	8
2.1.5 Penatalaksanaan Hipertensi	11
2.1.7.1 Tatalaksana Terapi Farmakologi	11
2.1.7.2 Tatalaksana Terapi Non Farmakologi	18
2.2 Konsep Kepatuhan	20
2.2.1 Definisi Kepatuhan	20
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	20
2.2.3 Strategi untuk Meningkatkan Kepatuhan	23
2.3 Konsep Diet Rendah Garam	24
2.3.1 Definisi Diet Rendah Garam	24
2.3.2 Patofisiologi Garam Terhadap Hipertensi	24
2.3.3 Macam-macam Diet Rendah Garam	25
2.4 Dukungan Keluarga	25
2.4.1 Definisi Dukungan Keluarga	25
2.4.2 Fungsi Keluarga	26
2.4.3 Bentuk-entuk Dukungan Keluarga	28
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep	30
3.2 Hipotesis Penelitian	31

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian	32
4.2 Populasi dan Sampel	32
4.2.1 Populasi Penelitian	32
4.2.2 Teknik Sampling	33
4.2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	33
4.2.4 Jumlah Sample	34
4.3 Variabel Penelitian	35
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	35
4.5 Instrumen Penelitian	36
4.6 Definisi Operasional	37
4.7 Pengumpulan Data	39
4.8 Analisis Data	40
4.9.1 Analisis Univariat	40
4.9.2 Analisis Bivariat	40
4.10 Etika Penelitian	40
4.10.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan)	41
4.10.2 Confidentiality (Kerahasiaan)	41
4.10.3 Beneficence (Berbuat Baik)	41

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Hasil Penelitian	42
5.1.1 Jenis Kelamin	42
5.1.2 Usia	43
5.1.3 Jumlah Garam Yang Dikonsumsi Per Hari	43
5.1.4 Jumlah Keluarga dalam Satu Rumah	44
5.1.5 Dukungan Keluarga	45
5.1.6 Kepatuhan Diet Rendah Garam	45
5.2 Analisis Data	46
5.2.1 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam	46

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Dukungan Keluarga pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar	47
6.2 Kepatuhan Diet Rendah pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar	49
6.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang	50
6.4 Keterbatasan Penelitian	52

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan	53
7.2 Saran	53

DAFTAR PUSTAKA	55
-----------------------------	----

LAMPIRAN	
-----------------------	--

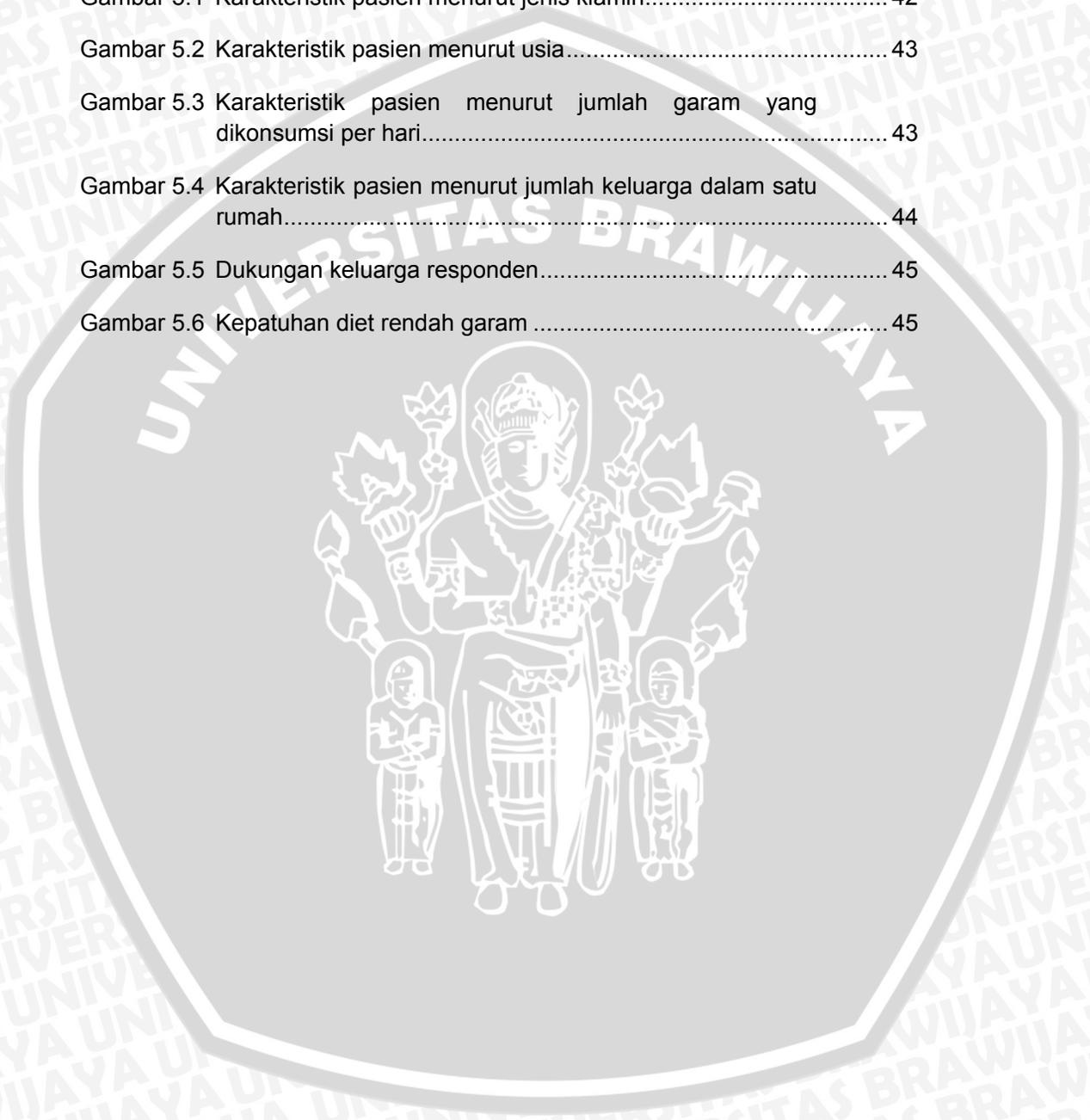
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC.....	7
Tabel 2.2 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut WHO	8
Tabel 2.3 Rekomendasi Modifikasi Gaya Hidup untuk Pasien Hipertensi menurut JNC 7.....	19
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	38
Tabel 5.1 Tabel Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.....	46



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 5.1 Karakteristik pasien menurut jenis kelamin.....	42
Gambar 5.2 Karakteristik pasien menurut usia.....	43
Gambar 5.3 Karakteristik pasien menurut jumlah garam yang dikonsumsi per hari.....	43
Gambar 5.4 Karakteristik pasien menurut jumlah keluarga dalam satu rumah.....	44
Gambar 5.5 Dukungan keluarga responden.....	45
Gambar 5.6 Kepatuhan diet rendah garam	45



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pernyataan keaslian tulisan
- Lampiran 2 Keterangan kelayakan etik
- Lampiran 3 Informed consent
- Lampiran 4 Lembar pernyataan persetujuan berpartisipasi dalam penelitian
- Lampiran 5 Kuisisioner
- Lampiran 6 Kisi-kisi kuisisioner
- Lampiran 7 Validitas
- Lampiran 8 Reabilitas
- Lampiran 9 Hasil Analisis
- Lampiran 10 Lembar konsultasi tugas akhir



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang masalah

Hipertensi diperkirakan sebagai penyebab berbagai penyakit berat beserta komplikasinya. Hipertensi tidak menunjukkan gejala namun dapat berpotensi menimbulkan berbagai penyakit di organ tubuh yang berpembuluh darah. Sebagian besar dari penderita stroke, ginjal dan juga jantung memiliki hipertensi (Widjaya, 2009).

Di masyarakat sendiri, hipertensi lebih dikenal sebagai tekanan darah tinggi yang sering diidentikkan dengan orang yang sering marah-marah dan sering merasa pusing. Secara ilmu kedokteran, hipertensi adalah tekanan pada pembuluh nadi dari peredaran darah sistemik di dalam tubuh, seseorang dapat dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darahnya diatas normal yang ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO) yaitu 140 mmHg untuk tekanan sistolik dan atau 90 mmHg untuk tekanan diastolic (Wilson, 1995). 140/90 mmHg merupakan angka paling tinggi yang dapat ditolerir jika diukur pada saat beristirahat (aktivitas normal).

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh masyarakat Indonesia. Karena penyakit hipertensi muncul tanpa gejala dan tanpa keluhan sehingga banyak penderita hipertensi yang tidak mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi. Gejala yang tidak terasa inilah yang menyebabkan hipertensi disebut sebagai *Silent Killer*, karena penyakit hipertensi ini mengakibatkan berbagai komplikasi yang dapat

menyebabkan penyakit-penyakit berat seperti seperti jantung koroner, ginjal, dan stroke (Palmer, 2005).

Hipertensi merupakan masalah kesehatan global. Hipertensi di Asia diperkirakan telah mencapai 8-18% pada tahun 1997, dijumpai pada 4.400 per 10.000 penduduk. Indonesia sebagai sebuah negara berkembang memiliki prevalensi hipertensi yang sangat tinggi, yaitu mencapai 31,7% dari total jumlah penduduk dewasa. Prevalensi penyakit hipertensi berdasarkan pengukuran di provinsi Jawa Timur, terjadi sebesar 30% sedangkan berdasarkan diagnosa petugas kesehatan mencapai 7,3% (Riskesdas, 2007). Prevalensi penyakit hipertensi di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar sebanyak 12.510 kasus pada tahun 2010 (Profil RS Saiful Anwar, 2010).

Penyakit hipertensi dapat terjadi akibat dari salah satu masalah yang sering muncul dari perubahan gaya hidup, seperti mengkonsumsi makanan yang kadar garamnya tinggi, obesitas, dan stress. Untuk laki-laki, kebiasaan merokok dan minum-minuman beralkohol akan dapat memicu timbulnya penyakit hipertensi. Cara untuk menanggulangi hipertensi selain dengan obat-obatan juga dengan merubah gaya hidup kearah gaya hidup yang sehat seperti aktif dalam berolahraga, mengatur pola diet atau pola makan seperti rendah kolesterol, rendah lemak dan rendah garam, dan tidak mengkonsumsi alkohol dan rokok.

Mengurangi konsumsi garam dalam diet sehari-hari yaitu tidak lebih dari 2000 atau 3000 mg garam/hari (*Heart Failure Society of America, 2006*). Usaha lain yang dapat dilakukan adalah membatasi pula makanan yang mengandung garam natrium seperti *corned beef*, ikan kalengan, lauk atau sayuran instan, saus botolan, mi instan, dan kue kering. Konsumsi garam

berlebih menyebabkan keseimbangan cairan tubuh terganggu yang dapat mengakibatkan terjadinya retensi garam dan air dalam jaringan tubuh dan dapat meningkatkan tekanan darah. Pembatasan konsumsi garam dapat pengurangan retensi natrium dan menurunkan natrium intrasel yang akan mengurangi efek hipertensi (Purlimaningsih, 2008).

Penderita hipertensi harus menjaga perilaku pola makan agar hipertensinya tidak menjadi semakin parah yang dapat menyebabkan komplikasi, salah satunya adalah dengan melakukan diet rendah garam. Namun demikian kepatuhan diet rendah garam ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang meliputi pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga ini ditunjukkan dengan kebiasaan makan keluarga, cara memasak, dan kesediaan keluarga membantu pasien dalam menjalankan diet rendah garam. Kebiasaan makan keluarga dan cara memasak yang terlalu asin akan menyulitkan penderita hipertensi untuk menerapkan kepatuhan rendah garam, terutama bagi penderita yang telah lanjut usia. Sebagaimana penelitian yang telah dilakukan oleh Haryono (2009) yang meneliti tentang peran keluarga terhadap kepatuhan diet pada pasien hipertensi pada rentang usia dewasa akhir di wilayah kerja Puskesmas Godean I Sleman Yogyakarta.

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka peneliti berkeinginan untuk melakukan kajian lebih lanjut tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi pada rentang usia dewasa tengah dan dewasa akhir di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut di atas maka rumusan masalahnya adakah hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga terhadap diet rendah garam pada penderita hipertensi.
2. Mengidentifikasi kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi.
3. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat mengetahui dan menambah wawasan tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi terutama dalam terapi diet rendah garam.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Memberikan masukan mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam kepada institusi pendidikan khususnya dan diharapkan menjadi suatu masukan yang berarti dan bermanfaat bagi institusi pendidikan.

2. Bagi dinas kesehatan

Memberikan gambaran tentang pentingnya menjalani diet rendah garam untuk mengurangi dan mempertahankan tekanan darah bagi penderita tekanan darah tinggi serta untuk membuat strategi dalam rangka mencegah terjadinya tingginya penderita hipertensi.

3. Bagi peneliti lain

Diharapkan penelitian mampu memberikan sumbangan pemikiran pada penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dikemudian hari dan dapat dijadikan sebagai dasar penelitian analitik, serta mampu menambah wawasan dalam ilmu kesehatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi**2.1.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi yaitu tekanan darah sistolik (TDS) > 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik (TDD) > 90 mmHg (Kuswardani, 2006). Menurut Bustan (1997) hipertensi didefinisikan sebagai suatu keadaan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang akan berlanjut untuk suatu target organ seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (pembuluh darah jantung) dan *left ventricle hypertrophy* (untuk otot jantung).

2.1.2 Batasan Hipertensi

Menurut WHO batas tekanan darah masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan yang sama atau lebih tinggi dari 160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Kaplan dalam Susalit (2002) memberikan batasan, seorang pria yang berusia < 45 tahun dinyatakan hipertensi jika tekanan darah waktu berbaring 130/90 mmHg atau lebih, sedang yang berusia > 45 tahun dinyatakan hipertensi jika tekanan darahnya 145/95 mmHg atau lebih dan pada wanita yang mempunyai tekanan darah 160/95 mmHg atau lebih dinyatakan hipertensi.

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi

2.1.3.1 Arif Mansjoer, dkk, (1999)

1. Golongan hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, *hiperaktifitas*, susunan saraf simpatis, sistem *renin-angiotensin*, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti obesitas, alkohol, rokok serta polisitemia.
2. Hipertensi sekunder atau hipertensi renal. Terdapat sekitar 5% kasus Penyebab spesifiknya diketahui, seperti penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vaskular renal, hiperaldosteronisme primer dan sindrom cushing, feokromositoma, koarktasio aorta, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan dan lain-lain.

2.1.3.2 *The Joint National Commite on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNE-V, 2003)*

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah menurut JNC

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan sistolik dan diastolic
Normal	<120 dan <80
Pre hipertensi	120–139 atau 80-89
Hipertensi tahap 1	140–159 atau 90-99
Hipertensi tahap 2	≥ 160 atau ≥ 100

2.1.3.3 World Helath Organization (WHO/ISH)

Tabel 2.2 Klasifikasi tekanan darah menurut WHO

Kriteria	Tekanan Darah	
	Sistole	Diastole
Normal	<140	<90
Hipertensi ringan	140-180	90-105
Hipertensi perbatasan	140-160	90-95
Hipertensi sedang dan berat	>180	>105
Hipertensi sistolik	>140	<90
Hipertensi sistolik perbatasan	140-160	<90

2.1.4 Faktor Resiko Hipertensi

1. Obesitas (kegemukan)

Secara fisiologis, obesitas didefinisikan sebagai suatu keadaan dengan akumulasi lemak yang tidak normal atau berlebihan di jaringan adiposa sehingga dapat mengganggu kesehatan (Soegondo, 2005). Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara berat badan dan hipertensi. Bila berat badan meningkat di atas berat badan ideal maka risiko hipertensi juga meningkat (Elvina, 2002).

2. Stress

Menurut Selye (1976), stres adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban terhadapnya, misalnya bagaimana respons tubuh seseorang

manakala orang yang bersangkutan mengalami beban pekerjaan yang berlebihan. Jika mengalami gangguan pada satu atau lebih organ tubuh sehingga yang bersangkutan tidak lagi dapat menjalankan fungsi pekerjaannya dengan baik, maka ia mengalami distress (Hawari, 2001).

Peningkatan darah akan lebih besar pada individu yang mempunyai kecenderungan stres emosional yang tinggi (Pinzon, 1999). Stres atau ketegangan jiwa dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat.

3. **Faktor keturunan (genetik)**

Apabila riwayat hipertensi didapati pada kedua orang tua, maka dugaan hipertensi essensial akan sangat besar pada keturunannya. Demikian pula dengan kembar monozigot (satu sel telur) apabila salah satunya adalah penderita hipertensi (WHO, 1999).

4. **Jenis Kelamin (gender)**

Faktor gender berpengaruh pada terjadinya hipertensi, dimana pria lebih banyak yang menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita, dengan rasio sekitar 2,29 untuk kenaikan tekanan darah sistolik dan 3,76 untuk kenaikan tekanan darah diastolik. Pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan dengan wanita, sedangkan wanita mempunyai prevalensi lebih tinggi. Bahkan setelah umur 65 tahun, terjadinya hipertensi pada wanita lebih tinggi dibandingkan dengan pria yang

diakibatkan oleh faktor hormonal (Pratiwi, 2004). Hasil SKRT 2004 diketahui bahwa prevalensi hipertensi pada perempuan (16%) lebih tinggi dibandingkan laki-laki (12%).

5. **Usia**

Dengan semakin bertambahnya usia, kemungkinan seseorang menderita hipertensi juga semakin besar. Prevalensi hipertensi di Indonesia pada golongan umur dibawah 40 tahun berada dibawah 10%, tetapi yang berumur di atas umur 50 tahun angka prevalensinya mencapai 20-30% (Depkes RI, 2000).

6. **Asupan garam**

Melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah yang akan diikuti oleh peningkatan ekskresi kelebihan garam sehingga kembali pada keadaan hemodinamik (sistem peredaran) yang normal. Pada hipertensi essensial mekanisme inilah yang terganggu. Peningkatan volume ini mengakibatkan bertambahnya tekanan di dalam arteri (Wetherill and Kereiakes, 2000). Kajian-kajian yang dilakukan terhadap orang-orang dari banyak negara telah menunjukkan korelasi luas antara konsumsi garam dan tekanan darah (Soeharto, 2000).

Konsumsi garam sebaiknya dibatasi, maksimal 2 gram garam dapur untuk diet setiap hari (Anies, 2006). Satu hal penting ialah bahwa pembatasan penggunaan garam akan mencegah berkembangnya tekanan darah tinggi, dan membantu menguranginya jika hipertensi sudah menyerang. Juga harus diingat bahwa garam yang menyebabkan

hipertensi adalah sodium. Mineral ini juga ada dalam bubuk pengembang kue dan monosodium glutamat (Soeharto, 2000).

7. Gaya hidup yang kurang sehat

Walaupun tidak terlalu jelas hubungannya dengan hipertensi namun kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol dan kurang olah raga dapat pula mempengaruhi peningkatan tekanan darah.

2.1.5 Penatalaksanaan Hipertensi

2.1.5.1 Farmakologi

1. *ACE-inhibitor*

ACE-inhibitor adalah pilihan terapi kedua setelah diuretik pada pasien hipertensi. *ACE-inhibitor* bekerja mengeblok konversi angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga tidak terjadi vasokonstriksi dan stimulasi sekresi aldosteron (Dipiro *et al.*, 2005). Efek samping *ACE-inhibitor* antara lain neutropenia, agranulositosis, proteinuria, glomerulonefritis, gagal ginjal akut (angka kejadiannya kurang dari 1%). Efek samping tersebut meningkat dengan adanya gangguan ginjal. Efek samping yang sering timbul adalah kemerahan kulit, gangguan pengecap, agranulositosis, proteinuria, dan gagal ginjal. Batuk kering juga terjadi pada 20% pasien. Misalnya benazepril, captopril, lisinopril, quinipril, ramipril (Dipiro *et al.*, 2005).

2. Calcium Channel Blocker (CCB)

CCB bukan lini pertama pengobatan hipertensi. CCB efektif menurunkan tekanan darah terutama pada pasien lanjut usia dan ras African-American. CCB tidak mengubah kadar lipid glukosa, asam urat dan elektrolit dalam serum. CCB bekerja dengan menghambat influks kalsium melewati membran. Ada 2 tipe kanal yaitu: kanal kalsium bervoltase tinggi (tipe L), dan kanal kalsium bervoltase rendah (tipe T). CCB hanya mengeblok kanal tipe L, yang memicu vasodilatasi perifer (Dipiro *et al.*, 2005). CCB menurunkan kekuatan kontraksi miokardium sehingga mengurangi kebutuhan oksigen pada miokardium. Hambatan masuknya kalsium ke dalam otot polos arteri menurunkan tonus arteriol dan tahanan vaskuler sistemik, yang menimbulkan penurunan tekanan arteri dan intraventrikuler (Katzung, 2001).

3. Diuretik

Diuretik terutama tiazid adalah lini pertama dalam pengobatan hipertensi. Efek antihipertensi dari diuretik berawal dari efek diuresis sehingga mengurangi volume plasma dan cairan ekstra sel. Pada awal terapi, tekanan darah turun akibat berkurangnya curah jantung. Sedangkan pada pemberian kronik, volume plasma mendekati normal,

tetapi resistensi perifer turun sehingga tekanan darah tetap terjaga (Dipiro *et al.*, 2005).

Menurut JNC 7, ada 4 subklas diuretik yaitu:

1. Tiazid

Merupakan lini pertama pengobatan pasien hipertensi yang mempunyai fungsi ginjal normal. Obat ini efektif pada pasien dengan kadar renin rendah, misalnya pada pasien lanjut usia. Efek samping diuretik jenis ini antara lain hipokalemia, hipomagnesia, hiponatremia, hiperurisemia, hiperkalsemia, hiperglikemia, hiperkolesterolemia dan hipertrigliserida. Misalnya hidroklorotiazid

2. Loop diuretik

Merupakan diuretik kuat yang lebih efektif dibandingkan tiazid pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal atau gagal jantung. Efek sampingnya sama seperti tiazid, tetapi tidak menyebabkan hiperkalsemia. Misalnya furosemid.

3. Diuretik hemat kalium

Merupakan diuretik lemah yang biasa digunakan sebagai kombinasi dengan diuretik lainnya untuk mengurangi terjadinya hipokalemia. Efek sampingnya berupa hiperkalsemia, terutama pada pasien dengan gangguan ginjal atau jika dikombinasikan dengan *ACE-inhibitor*, suplemen kalsium atau *nonsteroidal anti-inflammatory drugs* (NSAIDS). Misalnya amiloride dan triamteren.

4. Antagonis aldosteron (Spironolakton)

Merupakan bagian dari diuretik hemat kalium, tetapi lebih poten karena onsetnya lambat (Dipiro *et al.*, 2005).

5. *Angiotensin II Reseptor Bloker (ARB)*

ARB mengblok reseptor angiotensin II tipe I (AT1) yang merupakan mediator efek vasokonstriksi, pelepasan aldosteron, pelepasan hormon antidiuretik, aktivitas konstriksi arteri eferen glomerulus. ARB tidak mengblok reseptor angiotensin II tipe 2 (AT2) yang merupakan mediasi vasodilatasi, perbaikan jaringan, dan menghambat pertumbuhan sel. Tidak seperti *ACEinhibitor*, ARB tidak mengblok degradasi bradikinin sehingga tidak ada efek samping batuk kering (Dipiro *et al.*, 2005).

ARB mempunyai efek samping yang lebih kecil dibandingkan antihipertensi yang lain. ARB dapat menyebabkan hiperkalemia, hipotensi ortostatik, dan harus dihindari penggunaannya pada pasien yang memiliki arteri stenosis bilateral pada ginjal. Misalnya irbesartan, losartan, dan valsartan (Dipiro *et al.*, 2005).

6. *Beta Bloker (BB)*

BB direkomendasikan sebagai lini pertama pengobatan bersama dengan diuretik. Tetapi pada beberapa percobaan, diuretik tetap lini pertama dan BB sebagai tambahan. BB digunakan sebagai lini

pertama pada pasien yang berisiko jantung koroner dan penderita infark miokard. BB dapat digunakan sebagai tambahan pada pasien gagal jantung yang sedang menggunakan *ACE-inhibitor* dan diuretik (Dipiro *et al.*, 2005).

Mekanisme aksi dari BB ditujukan untuk mengeblok β adrenoreseptor. BB mempunyai efek kronotropi dan ionotropi negatif pada jantung sehingga terjadi penurunan curah jantung (Dipiro *et al.*, 2005). BB dibedakan menjadi:

a. Kardioselektif

BB kardioselektif mempunyai afinitas β_1 yang lebih besar dibandingkan β_2 sehingga efek bronkospasme dan vasokonstriksi kecil. Biasanya digunakan untuk pasien asma, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), diabetes, dan gangguan arteri perifer. Misalnya atenolol, betaxolol, bisoprolol, dan metoprolol (Dipiro *et al.*, 2005).

b. Non-kardioselektif

c. BB non kardioselektif berpotensi menyebabkan hipoglikemia pada pasien diabetes tipe 1. Golongan ini lebih sering digunakan untuk mengobati migren dan tremor. Misalnya nadolol, propranolol, dan timolol.

7. ISA (*Intrinsic Sympathetic Activity*)

ISA mempunyai efek agonis reseptor β parsial. Biasa digunakan pada pasien dengan gangguan jantung

dan sinus bradikardi. Misalnya acebutolol, carteolol, penbutolol, dan pindolol (Dipiro *et al.*, 2005).

8. α -Blokер

Prazesin, terazesin, dan doxasin adalah pengeblok reseptor α_1 yang selektif, yang bekerja di pembuluh darah perifer dan menghambat ambilan kembali katekolamin pada sel otot polos sehingga menghasilkan vasodilatasi dan penurunan tekanan darah (Dipiro *et al.*, 2005).

Alfa satu bloker merupakan alternatif terapi yang digunakan dalam kombinasi. Efek samping α_1 -bloker terjadi saat pemberian awal atau saat dilakukan peningkatan dosis yaitu terjadi palpitasi, *dizziness*, pingsan, hipotensi ortostatik, depresi, lesu, *priapism*, dan *vivid dream*. Retensi air dan natrium terjadi pada pemberian dosis tinggi atau penggunaan dalam jangka waktu yang lama. Agen ini paling efektif jika digunakan dengan diuretik untuk meminimalkan terjadinya edema (Dipiro *et al.*, 2005).

9. Central α_2 -Agonis

Klonidin, guanabenz, guanfacin, dan metildopa menurunkan tekanan darah dengan menstimulasi reseptor α_2 -adrenergik di otak. Stimulasi ini mengurangi aktivitas saraf simpatik, dan secara bersamaan terjadi peningkatan aktivitas parasimpatik sehingga terjadi penurunan denyut jantung, curah

jantung, resistensi perifer total, aktivitas sistem plasma, dan reflek baroreseptor (Dipiro *et al.*, 2005).

Metildopa merupakan lini pertama pengobatan hipertensi pada kehamilan. Efek samping yang sering terjadi adalah sedasi dan mulut kering. Efek samping yang lain adalah depresi, *dizziness*, hipotensi ortostatik, pandangan kabur dan konstipasi. Metildopa mempunyai efek samping hepatitis dan anemia (Dipiro *et al.*, 2005).

10. Reserpin

Reserpin digunakan sebagai lini ketiga dalam pengobatan hipertensi. Reserpin menurunkan tekanan darah dengan menurunkan norepinefrin diakhir saraf simpatik dan mengeblok transport norepinefrin ke dalam granul penyimpanan (Dipiro *et al.*, 2005).

Reserpin dapat menyebabkan retensi air dan natrium secara signifikan, jadi harus diberikan secara kombinasi dengan diuretik terutama tiazid. Reserpin kuat menghambat aktivitas simpatik dan meningkatkan efek parasimpatik sehingga mengakibatkan efek samping seperti hidung tersumbat, peningkatan sekresi gastrin, diare, dan bradikardi. Depresi mungkin juga terjadi adanya deplesi katekolamin dan serotonin di sistem saraf pusat (Dipiro *et al.*, 2005).

11. Vasodilator Arteri

Efek antihipertensi dari hidralazine dan minoksidil disebabkan oleh relaksasi otot polos arteri secara langsung, dengan menurunkan tekanan darah arteri dan kontraktilitas otot jantung. Efek antihipertensi dari hidralazin antara lain dermatitis, demam, neuropati perifer, hepatitis, dan sakit kepala. Hidralazin biasa digunakan bersama isosorbid dinitrat (ISDN) pada pasien gagal jantung (Dipiro *et al.*, 2005).

2.1.5.2 Tatalaksana Terapi Non Farmakologi

Pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus melakukan modifikasi gaya hidup yang dapat dilihat pada table.

Tabel 2.3 Rekomendasi Modifikasi Gaya Hidup untuk Pasien Hipertensi menurut JNC 7

Modifikasi Gaya Hidup	Rekomendasi	Rata- rata Penurunan TDS
Penurunan berat badan	Pertahankan berat badan normal (Body Mass Index 18,5 – 24,9 kg/m ²)	5 – 20 mmHg/10 kg
Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan	Lakukan diet kaya buah-buahan, sayuran, produk-produk susu rendah lemak dan makanan yang sedikit mengandung lemak jenuh	8 – 14 mmHg
Membatasi intake garam	Membatasi asupan hingga ≤ 100 mEq (2,4 g Na atau 6 g NaCl)	2-8 mmHg
Olahraga teratur	Olahraga seperti jogging, berenang, jalan cepat, aerobik dan bersepeda ± 30 menit perhari	4-9 mmHg
Mengurangi konsumsi alcohol	Membatasi konsumsi alkohol ≤ 2 gelas/hari (1 oz atau 30 ml etanol seperti 24 oz beer, 10 oz wine, 3 oz	2-4mmHg

	80 proof whiskey) pada laki-laki dan \leq 1 gelas/hari pada wanita
--	--

(Chobanian *et al.*, 2003)

Hal-hal di atas direkomendasikan oleh JNC7 untuk mengurangi tekanan darah sistolik (TDS) pada pasien hipertensi dan mencegah terjadinya hipertensi pada pasien prehipertensi. Pada pasien hipertensi yang mengkonsumsi suatu macam obat antihipertensi dapat melakukan pembatasan intake natrium dan berat badan untuk mengurangi penggunaan obat (Dipiro *et al.*, 2005).

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya (Kaplan *dkk.*, 1997). Menurut Sackett (2002) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan.

Kepatuhan sulit diukur karena tergantung pada banyak faktor, diantaranya adalah pasien sering kali tidak mengakui bahwa mereka tidak dilakukan apa yang dianjurkan dokter. Untuk itu diperlukan pendekatan yang baik dengan pasien agar dapat mengetahui kepatuhan mereka dalam melaksanakan pengobatan (Afnita, 2004).

Menurut Niven (2002) cara meningkatkan kepatuhan diantaranya melalui perilaku sehat dan pengontrolan perilaku dengan faktor kognitif, dukungan sosial dalam bentuk dukungan

emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang merupakan faktor yang penting dalam kepatuhan dalam program-program medis, dan dukungan dari profesional kesehatan.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

1. Kepercayaan atau agama yang dianut

Kepercayaan atau agama merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap agamanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak cepat putus asa. Kemauan untuk mengontrol keadaannya untuk menjadi lebih baik dapat dipengaruhi oleh kepercayaan penderita, dimana penderita memiliki kepercayaan yang kuat akan lebih tabah terhadap anjuran dan larangan kalau tahu akan akibatnya (Notoatmodjo, 1993)

2. Faktor individu

a. Sikap atau motivasi untuk sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dari diri sendiri. Motivasi untuk mempertahankan kesehatan sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam control penyakitnya (Hawari, 1996).

b. Pengetahuan

Menurut Schere dan Bruce (2001), bahwa pengetahuan mempengaruhi kompetensi perasaan dalam mengatur gejala (Hawari, 1996).

2.2.2.2 Faktor *Reinforcing*

1. Dukungan petugas

Dukungan dari petugas kesehatan sangatlah besar artinya bagi penderita, karena petugas adalah pengelola penderita dan mempengaruhi rasa percaya diri penderita. Kehadiran petugas kesehatan dapat menumbuhkan kepercayaan sehingga anjuran yang diberikan petugas akan dapat diterima oleh penderita dan dilaksanakannya. Begitu juga dengan motivasi atau dukungan yang diberikan petugas kesehatan besar artinya terhadap kepatuhan pasien untuk melaksanakan control terhadap penyakit yang diderita (Friedman, 1998)

2. Dukungan keluarga

Selain dukungan petugas kesehatan, dukungan keluarga sangatlah penting juga, karena keluarga merupakan bagian yang paling dekat dengan penderita. Penderita akan merasa tenang apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan diri pada penderita untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik, serta penderita mau menuruti saran0saran yang diberikan

keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya (Friedman, 1998). Serta pentingnya keikutsertaan keluarga mengikuti saran-saran yang dianjurkan.

2.2.2.3 Faktor *enabling*

Fasilitas kesehatan merupakan sarana penting dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita yang diharapkan menerima penjelasan dari tenaga kesehatan yang meliputi : jumlah tenaga kerja kesehatan, gedung serba guna untuk penyuluhan dan lain-lain (Notoadmojo, 2002).

2.2.3 Strategi untuk meningkatkan Kepatuhan

Menurut Smet (1994) berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan adalah:

1. Dukungan profesi Kesehatan

Dukungan profesi kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh professional kesehatan baik dokter/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

2. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para professional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga

pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidak patuhan dapat dikurangi.

3. Perilaku sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan untuk pasien dengan hipertensi diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari dari komplikasi lebih lanjut apabila sudah menderita hipertensi. Modifikasi gaya hidup dan kontrol secara teratur atau minum obat anti hipertensi sangat perlu bagi pasien hipertensi.

4. Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2.3 Konsep Diet Rendah Garam

2.3.1 Definisi Diet Rendah Garam

Diet adalah jumlah makanan dan minuman yang diperhitungkan untuk tujuan tertentu (Markam, 1999). Menurut Sutrisno (2002) hipertensi dapat dikendalikan dengan diet rendah garam.

Yang dimaksud dengan garam disini adalah garam natrium, garam dapur adalah sumber natrium. Pemberian diet rendah garam bertujuan membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada hipertensi (Kapita Selekt, 2001). Syarat diet ini adalah cukup kalori, protein, mineral dan vitamin, jumlah natrium yang diperbolehkan disesuaikan dengan berat atau tidaknya retensi

garam atau air atau hipertensi dan bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penyakit (Kapita Selekta, 2001).

2.3.2 Patofisiologi Garam Terhadap Hipertensi

Pengaruh asupan garam terhadap timbulnya hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah. Peningkatan asupan garam ini akan diikuti oleh peningkatan ekskresi garam sehingga tercapai kembali keadaan hemodinamik yang normal. Pada pasien hipertensi primer, mekanisme peningkatan ekskresi garam tersebut terganggu, selain adanya faktor lain yang juga ikut berperan (Suyono, 2001).

2.3.3 Macam-macam Diet Rendah Garam

2.3.3.1 Diet Rendah Garam 1 (200-400 mg Na).

Dalam pemasakan tidak ditambah garam. Bahan makanan tinggi natrium dihindarkan, makanan ini diberikan kepada penderita hipertensi berat.

2.3.3.2 Diet Rendah Garam 2 (600-800 mg Na).

Pemberian makan sehari sama dengan diet rendah garam

1. Dalam pemasakan dibolehkan menggunakan $\frac{1}{4}$ sdt (1-2 gr), bahan makanan tinggi natrium dihindarkan. Makanan ini diberikan kepada penderita hipertensi tidak terlalu berat.

2.3.3.3 Diet Rendah Garam 3 (1000-1200 mg Na).

Pemberian makanan sehari sama dengan diet rendah garam 1. Dalam pemasakan dibolehkan menggunakan $\frac{1}{2}$ sdt

(3 gr) garam dapur. Makanan ini diberikan kepada penderita hipertensi ringan.

2.4 Dukungan Keluarga

2.4.1 Definisi keluarga

Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau sebagai asuhan keperawatan, keluarga sangat berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga sangat berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Bila dalam keluarga tersebut salah satu anggotanya mengalami masalah kesehatan maka sistem dalam keluarga akan terpengaruhi (Marilyn, 1998).

2.4.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut model Freidman (1992) adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif

Gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, saling menghargai dan kehangatan di dalam keluarga.

2. Fungsi sosialisasi

Interaksi atau hubungan dalam keluarga, bagaimana keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

3. Fungsi kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan pangan, perlindungan dan merawat anggota yang sakit, sejauh mana pengetahuan tentang masalah kesehatan, kemampuan keluarga untuk melakukan 5 tugas kesehatan dalam keluarga serta kemauan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi :

a. Mengetahui masalah kesehatan

Keluarga mengetahui pengertian, gejala, tanda, dan faktor penyebab, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Mengambil keputusan

Keluarga mengetahui masalah yang dirasakan anggota keluarga, keluarga merasa takut akan akibat dari tindakan penyakit sehingga keluarga mengambil keputusan yang tepat.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga mengetahui keadaan penyakit, mengetahui sifat dan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memelihara rumah sehat

Keuntungan pemeliharaan yang diperoleh dari kekompakan antar anggota keluarga dalam memelihara rumah sehat.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan yang diperoleh dan fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga dapat memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan keluarga. Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan yang mencakup fasilitas fisik, psikologi dan dukungan masyarakat setempat merupakan system pendukung keluarga (Marilyn, 1998).

Dalam perubahan perilaku kesehatan, perlu suatu dukungan yang dilakukan oleh anggota keluarga. Untuk merubah perilaku seseorang perlu ada faktor dukungan yang dapat dilakukan oleh anggota keluarga penderita. Dukungan dari anggota keluarga adalah merupakan aset kesehatan dan juga merupakan hubungan sosial yang dapat mempertinggi derajat kesehatan (Utami, 2003).

2.4.3 Bentuk-bentuk Dukungan Keluarga

1. Dukungan emotional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemilihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita hipertensi (misalnya umpan balik penegasan) (Marilyn, 1998).

2. Dukungan penghargaan (penilaian)

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghormatan) positif untuk penderita hipertensi, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita hipertensi dengan yang lain seperti misalnya orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah penghargaan diri) (Marilyn, 1998).

3. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress (Marilyn, 1998)

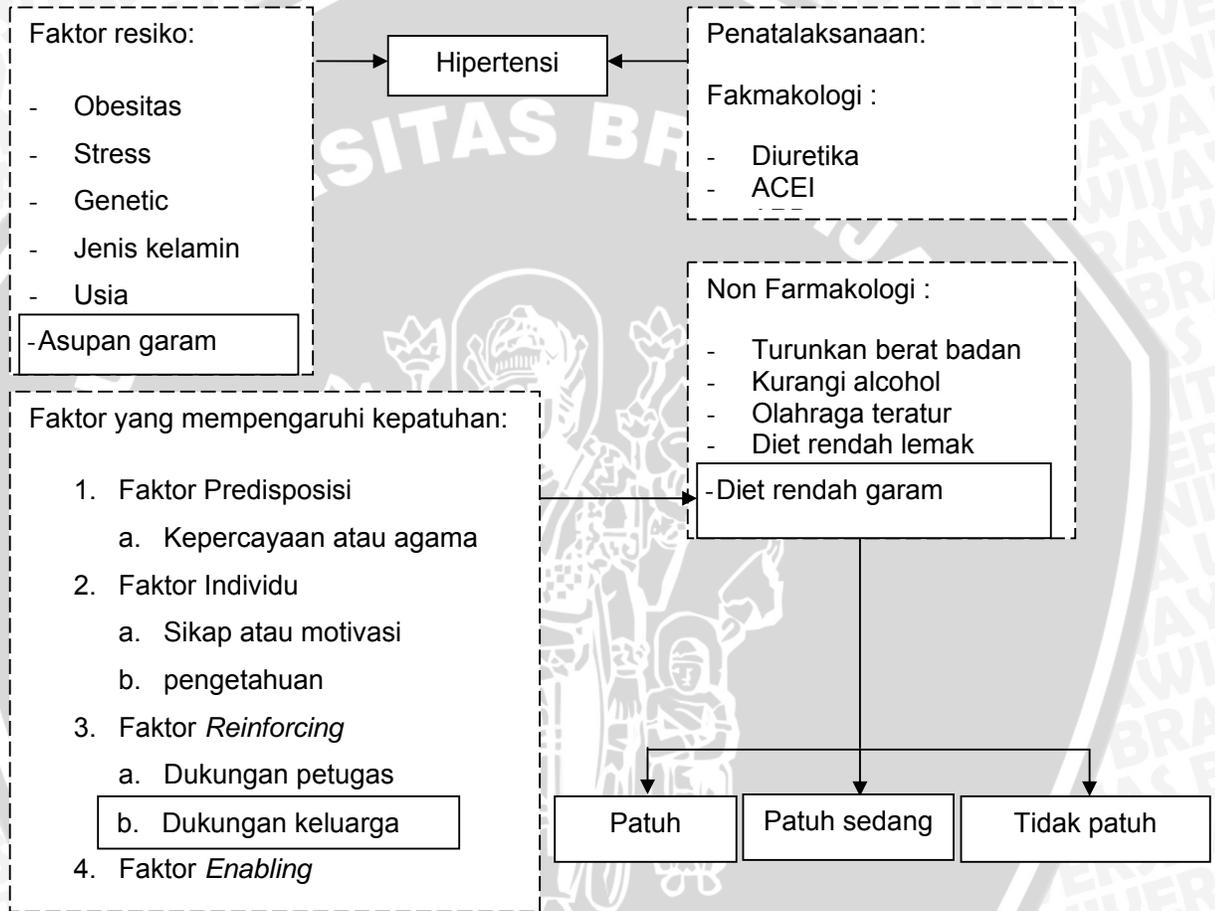
4. Dukungan Informatif

Keluarga berfungsi sebuah sarana kolektor dan *disseminator* (penyebarnya) informasi tentang dunia. Mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk, sarana-sarana atau umpan balik. Bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat (Utami, 2003).

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka konseptual

Keterangan:

_____ : Diteliti

----- : Tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konsep penelitian di atas, maka hipotesisnya adalah sebagai berikut:

- H_0 : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Daerah dr. Saiful Anwar Malang.
- H_1 : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Daerah dr. Saiful Anwar Malang.



BAB 4 METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara untuk memperoleh kebenaran umum pengetahuan atau suatu masalah pada dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2005).

4.1 Rancangan penelitian

Rancangan penelitian merupakan wadah menjawab pertanyaan penelitian atau menguji kebenaran hipotesis. Pada penelitian ini peneliti menggunakan penelitian diskriptif korelasi untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu dukungan keluarga dan variabel terikat yaitu kepatuhan diet rendah garam. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *Cross Sectional*, dimana variabel sebab yaitu dukungan keluarga dan variabel akibat yaitu kepatuhan diet rendah garam diukur dalam waktu yang bersamaan dan sesaat (Notoatmodjo, 2002).

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Sebelum menentukan sampel, maka populasi penelitian harus ditetapkan terlebih dahulu. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subyek atau obyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik simpulannya (Alimul, 2007). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah 430 penderita hipertensi yang

berkunjung ke Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.

4.2.2 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu suatu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai dengan yang dikehendaki peneliti. Teknik sampling *purposive sampling* menggunakan criteria inklusi dan eksklusi.

4.2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel dan harus dengan pertimbangan ilmiah (Nursalam, 2003).

Kriteria inklusi :

- a. Pasien hipertensi yang melakukan kunjungan ke poli jantung minimal sekali
- b. Bersedia dijadikan responden
- c. Penderita usia dewasa tengah 41-60 tahun dan dewasa akhir 60 tahun ke atas (Hurlock, 1995)
- d. Penderita memiliki riwayat hipertensi minimal 3 bulan terakhir di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang
- e. Penderita tinggal dengan keluarga
- f. Penderita menjalankan pola diet rendah garam.

Kriteria eksklusi :

- a. Penderita memiliki gangguan mental

- b. Penderita tinggal sendiri
- c. Penderita yang mengalami sakit sehingga tidak dapat berpartisipasi dalam penelitian ini
- d. Penderita tidak menjalankan pola diet rendah garam

4.2.4 Jumlah sampel

Rumus yang digunakan untuk menentukan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sample menurut Nursalam (2003) dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N^2}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

n = Jumlah sample

N = Jumlah populasi

d = efisiasi (derajat kebebasan)

berikut ini adalah perhitungan hasil sample menurut rumus diatas:

$$n = \frac{480^2}{1 + 480(0,1^2)}$$

$$= \frac{480^2}{1 + 4,8}$$

$$= 81,13$$

$$= 81$$

Berdasarkan hasil penghitungan di atas, maka jumlah sample yang diteliti adalah 81 penderita hipertensi. dan untuk mengantisipasi adanya *drop out* maka ditambah 10%, sehingga jumlah sampel menjadi 89 dari 430 populasi. Agar hasil sesuai dengan tujuan, maka sampel penelitian harus sesuai dengan kriteria sebagai berikut :

4.3 Variabel penelitian

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatannya.

Dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel *independent* dan variabel *dependent*.

1. Variabel *independent*

Variabel *independent* yaitu variabel yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada variabel *dependent*. Variabel *independent* pada penelitian ini adalah dukungan keluarga.

2. Variabel *dependent*

Variabel *dependent* yaitu variabel respon atau output sehingga variabel ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel *independent*. Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah kepatuhan diet rendah garam.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang, pemilihan lokasi didasarkan pada pertimbangan bahwa di Rumah Sakit tersebut memiliki data rekam medis yang baik dan guna terpenuhinya jumlah sampel yang nantinya akan mempermudah dalam pengumpulan data yang dibutuhkan tersedia dengan cukup dan merupakan rumah sakit rujukan di Wilayah Jawa Timur.

2. Waktu

Waktu pelaksanaan penelitian berlangsung dari bulan November 2011 sampai bulan Desember 2012. Pengambilan data dilaksanakan mulai tanggal 3 September 2012 sampai tanggal 29 September 2012.

4.5 Instrumen Penelitian

Penelitian ini peneliti menggunakan data primer yang diperoleh dari responden yaitu kuesioner dengan bantuan peneliti. Pertama, peneliti akan menentukan responden yang telah memenuhi kriteria sampel dengan cara *purposive sampling*. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian dan penjelasan tentang kuesioner. Setelah itu peneliti mengisi kuesioner dengan melakukan wawancara kepada responden sesuai dengan jawaban yang telah disediakan dan dianggap benar untuk responden kemudian peneliti akan mengelompokkan jawaban sesuai dengan variabel dengan cara tabulasi.

Variabel independen diukur dengan lembar kuisisioner berupa pertanyaan tertutup (*close ended question*) DSRQ (*Dietary Sodium Restriction Questionnaire*) yang dimodifikasi sejumlah 16 untuk soal

dukungan keluarga. Tiap pertanyaan terdiri dari 3 pilihan yaitu sering (SR), Kadang-kadang (K), dan tidak pernah (TP), masing-masing pertanyaan diberi bobot, sering (SR) = 2, Kadang-kadang (K) = 1, tidak pernah (TP) = 0.

Sedangkan variabel dependen menggunakan alat ukur kuisioner gabungan *DASH diet* dan *Dietary for American* yang telah dimodifikasi. Tiap pertanyaan terdiri dari 4 pilihan yaitu selalu, sering (>3 kali seminggu), jarang (<3 kali seminggu), dan tidak pernah. Masing-masing pertanyaan diberi bobot selalu=3, sering= 2, jarang=1 dan tidak pernah=0.

4.5.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan dari suatu instrumen. Instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengukur data dari variabel yang diteliti secara tepat (Arikunto, 2006). Valid tidaknya suatu instrumen dapat diketahui dengan dengan cara membandingkan indeks korelasi *product moment* dari pearson, dengan level signifikansi 5% (0,05) nilai kritisnya (Arikunto, 2002).

Uji validitas ini dilakukan dengan bantuan komputer paket SPSS 17 *for windows* dengan uji keandalan alpha. Dari hasil uji validitas bila didapatkan soal yang tidak valid maka soal yang tidak valid tersebut tetap digunakan setelah dilakukan modifikasi dan dikonsulkan ke dosen pembimbing dan diuji kembali oleh peneliti.

4.5.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas alat tes adalah taraf sejauh mana tes itu sama dengan dirinya sendiri dan memiliki kejegan. Suatu instrumen dapat dikatakan ajeg dan andal apabila memiliki koefisien keandalan reabilitas sebesar 0,6 atau lebih (Arikunto, 2002).

Perhitungan ini dilakukan dengan bantuan komputer paket SPSS dengan uji keandalan alpha dengan kriteria apabila koefisien korelasi lebih besar dari nilai kritis atau apabila nilai $\alpha > 0,6$, maka instrumen tersebut dinyatakan reliabel/handal.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana menentukan variabel. Definisi operasional ini dibuat untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang diukur dan untuk menentukan metodologi yang digunakan dalam menganalisis data. Definisi operasional dapat dilihat pada table 4.1.

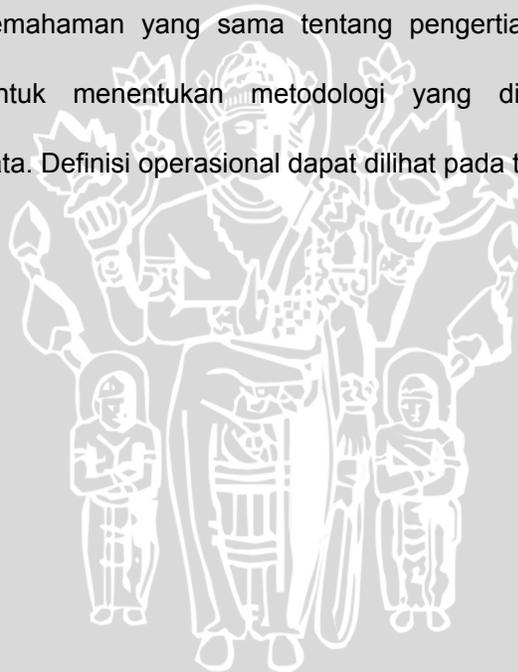


Table 4.1

Definisi operasional

Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel bebas: Dukungan keluarga (keluarga yang tinggal serumah)	Merupakan bentuk perhatian keluarga yang tinggal bersama penderita hipertensi untuk melakukan diet rendah garam yang meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional.	Indikator pengukuran dukungan keluarga meliputi : - Dukungan instrumental (memberikan dana dan bantuan yang dibutuhkan pasien dalam melaksanakan terapi diet rendah garam) - Dukungan informasional (memberikan saran/informasi tentang pentingnya diet rendah garam) - Dukungan emosional (memberikan perhatian terhadap perkembangan kesehatan pasien) - Dukungan penghargaan (memberikan hadiah/ pujian, dorongan, dan motivasi kepada pasien untuk terapi diet rendah garam yang dijalani)	Kuisisioner DSRQ yang dimodifikasi	Ordinal	66%-100% = mendukung 36%-65% = cukup mendukung 0%-35% = tidak mendukung (Aimul, 2007)

Variabel terikat : Diet rendah garam	Merupakan tindakan atau perilaku kepatuhan untuk mentaati diet rendah garam pada penderita hipertensi.	Patuh bila teratur menjalani diet rendah garam dan tidak patuh jika tidak menjalani diet rendah garamnya.	Kuisisioner <i>DASH</i> dan <i>Dietary Guidline for America</i> yang dimodifikasi	Ordinal	66%-100% = patuh 36%-65% = cukup patuh 0%-35% = tidak patuh (Aimul, 2007)
--------------------------------------	--	---	---	---------	---



4.7 Pengumpulan Data

4.7.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data peneliti akan menggunakan alat berupa kuisisioner untuk mendapatkan data dukungan keluarga menggunakan DSRQ yang dimodifikasi. Untuk mendapatkan data tentang kepatuhan peneliti menggunakan lembar kuisisioner.

4.7.2 Pengolahan data

Pada penelitian ini data akan diolah melalui tahap sebagai berikut :

1. *Editing*

Mengecek kembali *kuesioner* yang telah diberikan kepada responden. Apabila ada data yang belum lengkap atau dinyatakan kurang maka peneliti tidak menggunakannya karena tidak lengkap dalam menjawab.

2. *Coding*

Dilakukan dengan memberi tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, sehingga memudahkan proses pemasukan data di komputer.

3. *Processing*

Setelah diedit dan dikoding, kemudian dilakukan tabulasi data yaitu memasukkan data dalam bentuk kode ke dalam tabulasi. Hasil tabulasi dijumlah dan dilakukan pengujian sesuai dengan alat uji yang ditetapkan sebelumnya. Proses pengujian dilakukan melalui program komputer.

4. *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah diproses apakah ada kesalahan atau tidak, dengan cara melihat kembali data yang

dimasukkan ke dalam tabulasi. Setelah data tidak ada kesalahan lagi maka diteruskan pada proses selanjutnya yaitu pengolahan data.

4.8 Analisis data

1. Analisis Deskriptif (*univariat*)

Analisis deskriptif (*univariat*) digunakan untuk mendeskripsikan variabel-variabel yang diteliti. Dalam hal ini digunakan untuk mendeskripsikan data demografi, jumlah konsumsi garam per hari, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, variabel dukungan keluarga dan variable kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi. Analisis *univariat* dalam penelitian ini menggunakan analisis data kategorik dengan ukuran distribusi frekuensi.

2. Analisis (*Bivariat*)

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk menganalisis dua variabel yang diduga berhubungan (Notoatmodjo, 2002). Analisis ini berfungsi untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dengan menggunakan uji statistik *Spearman Rank* menggunakan program SPSS for Windows dengan derajat kepercayaan 95%.

4.9 Etika Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan ijin terlebih dahulu kepada pihak terkait di Poli Jantung RSSA Malang, kemudian melakukan observasi langsung pada objek yang akan diteliti dengan menekankan pada masalah – masalah etik sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Apabila subyek menolak menjadi responden, maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati subyek.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Pada penelitian ini, kerahasiaan informasi dari responden dijamin oleh peneliti. Segala informasi dari responden hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Cara menjaga kerahasiaan identitas responden pada penelitian ini adalah dengan prinsip *anonymity* (tanpa nama) pada lembar kuesioner.

3. *Beneficience*

Yaitu memaksimalkan manfaat penelitian dan meminimalkan kerugian (Nursalam, 2003). Penelitian ini dilaksanakan dalam bentuk pengisian kuesioner tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden. Terganggunya aktifitas responden telah diminimalisir peneliti dengan hanya memulai penelitian pada responden yang bersedia ikut serta dalam penelitian. Penelitian ini memberikan manfaat bagi responden, yaitu menambah pengetahuan tentang pentingnya melakukan pengobatan secara regular dan menjaga kepatuhan minum obat serta memperhatikan kepuasan selama pengobatan antihipertensi.

BAB 5

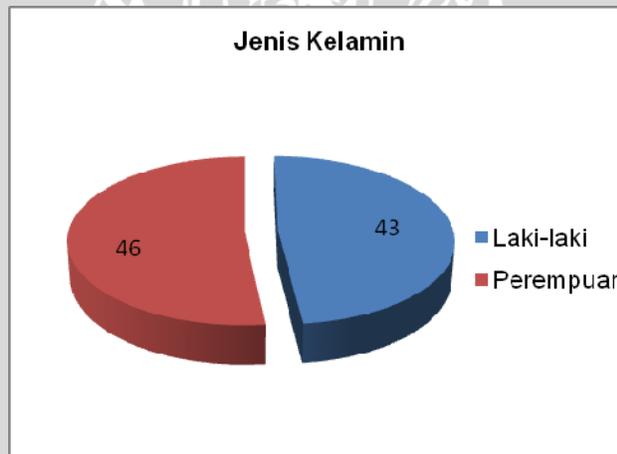
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Berikut akan disajikan hasil penelitian dan analisis data tentang Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. Variabel yang diteliti meliputi karakteristik responden, dukungan keluarga dan kepatuhan diet rendah garam.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Demografi

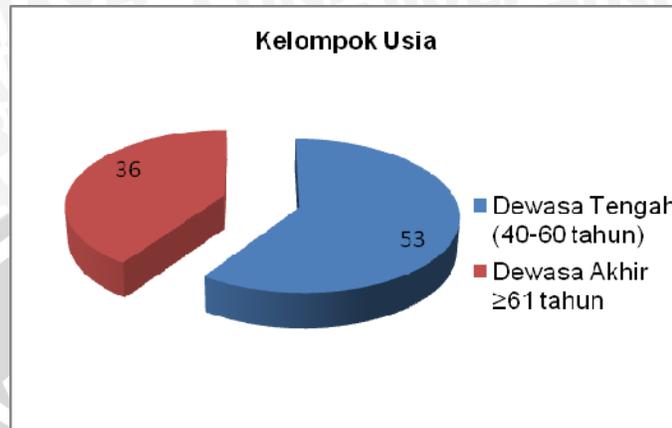
1. Jenis Kelamin



Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Gambar 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari 89 responden yang diteliti didapatkan jumlah responden perempuan lebih banyak dibandingkan dengan responden laki-laki. Terdapat 46 orang responden (51,69%) berjenis kelamin perempuan.

2. Usia



Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan usia

Gambar 5.2 di atas menunjukkan bahwa dari 89 responden yang diteliti didapatkan responden yang tergolong dewasa tengah (40 tahun-60 tahun) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tergolong usia dewasa akhir (≥ 60 tahun). Terdapat 53 responden (59,6%) yang berusia 40-60 tahun.

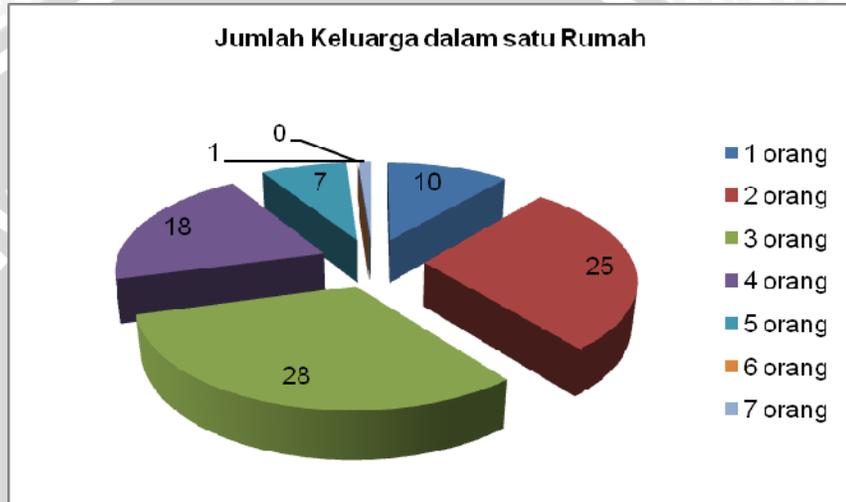
3. Jumlah Garam Yang Dikonsumsi Per Hari



Gambar 5.3 Karakteristik responden berdasarkan jumlah garam yang dikonsumsi per hari

Gambar 5.3 di atas menunjukkan bahwa dari 89 responden yang diteliti didapatkan responden yang jumlah konsumsi garamnya \leq 6 gram per hari lebih banyak dari pada \geq 6 gram per hari yaitu 69,66%.

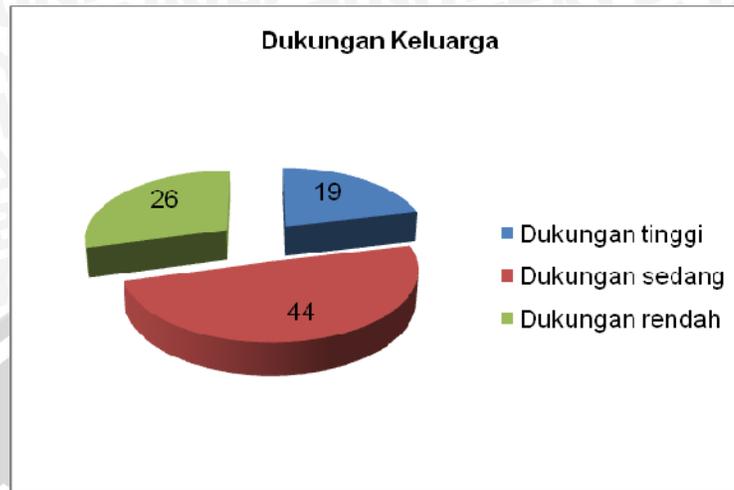
4. Jumlah Keluarga Dalam Satu Rumah



Gambar 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Keluarga Dalam Satu Rumah

Gambar 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari 89 responden yang diteliti didapatkan semua responden tinggal dengan keluarga dengan presentase jumlah keluarga terbanyak adalah 3 orang yaitu 31,46% (28 orang responden) dan jumlah persentase terkecil adalah 7 orang yaitu sebanyak 1,12% (1 orang responden).

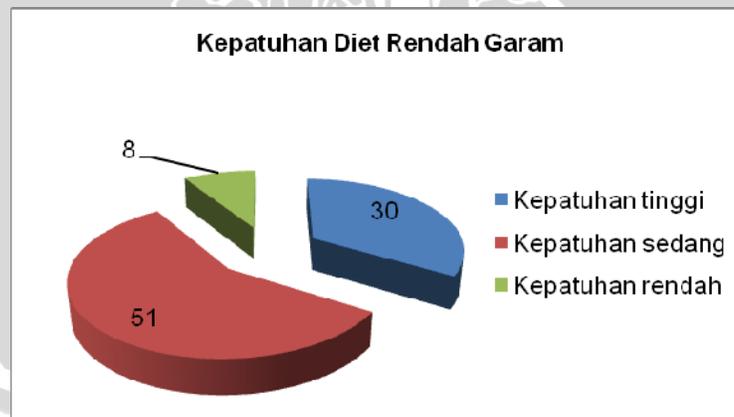
5.1.2 Dukungan Keluarga



Gambar 5.5 Dukungan Keluarga Responden

Gambar 5.5 diatas menunjukkan bahwa dari 89 responden yang diteliti sebagian besar responden berada pada kategori dengan dukungan keluarga sedang, yaitu sebanyak 44 orang responden (49,44%).

5.1.3 Kepatuhan Diet Rendah Garam



Gambar 5.6 Kepatuhan Diet Rendah Garam

Gambar 5.6 diatas menunjukkan bahwa dari 89 responden yang diteliti sebagian besar responden berada pada kategori dengan tingkat kepatuhan sedang, yaitu sebanyak 51 orang responden (57,3%).

5.2 Analisis Data

5.2.1 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet

Rendah garam

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam perlu dilakukan pengujian secara statistik dengan menggunakan uji korelasi Spearman.

Tabel 5.1 Tabel Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Tingkat Kepuasan		Tingkat kepatuhan			Total	Ket
		Kepatuhan Tinggi	Kepatuhan sedang	Kepatuhan rendah		
		N	N	N		
Dukungan tinggi	Frekuensi	11	8	0	19	p < 0,05 H0 Ditolak
	Persentase	12,4%	9,0%	0 %	21,3%	
Dukungan sedang	Frekuensi	18	24	2	44	
	Persentase	20,2%	27%	2,2%	49,4%	
Dukungan rendah	Frekuensi	1	19	6	26	
	Persentase	1,1%	21,3%	6,7%	29,2%	
Total	Frekuensi	30	51	8	89	
	Persentase	33,7%	57,3%	9%	100%	

Berdasarkan tabel di atas, hasil kolerasi menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dengan hasil p- value = 0,000 dan r = 0,469.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan dibahas mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. Berdasarkan hasil penelitian, ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam.

6.1 Dukungan Keluarga pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Dari data sample yang didapatkan pada penelitian di Poloklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang, didapatkan sebanyak 89 data responden yang telah memenuhi criteria inklusi dan eksklusi. Responden terbanyak adalah perempuan yaitu 51,69% dan sisanya berjenis kelamin laki-laki sebanyak 48,3%. Dengan kelompok usia terbanyak adalah dari kelompok usia dewasa tengah (40-60 tahun) yaitu 59,55% dan sisanya dari kelompok dewasa akhir (≥ 60 tahun) sebanyak 40,4%. Dari hasil penelitian didapatkan dukungan keluarga terbanyak adalah dukungan sedang sebanyak 49,44%, kriteria dukungan rendah sebanyak 29,2% dan jumlah dukungan paling sedikit adalah dukungan tinggi sebanyak 21,3%.

Keluarga sangat berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Bila dalam keluarga tersebut salah satu anggotanya mengalami masalah kesehatan maka sistem dalam keluarga akan terpengaruhi (Marilyn, 1998) sehingga keluarga memberikan dukungan untuk mengatasi masalah kesehatan anggotanya. Berdasarkan hasil penelitian mengenai dukungan keluarga di Poloklinik

Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar didapatkan (51,69%) dukungan keluarga adalah sedang.

Di dalam dukungan keluarga, terdapat empat jenis dukungan keluarga yaitu:

1. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, meminjamkan uang, memberikan makanan, permainan atau bantuan yang lain (Cohen, 1985). Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebesar 58,4% keluarga cukup memberikan dukungan instrumental. Hal ini berarti bahwa keluarga cukup menyediakan sesuatu atau fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien hipertensi misalnya memasak makanan untuk anggota keluarga yang menderita hipertensi.

2. Dukungan Informasional

Keluarga sebagai pemberi nasehat, petunjuk-petunjuk, sarana-sarana atau umpan balik. Bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebesar 42,7% cukup memberikan dukungan informasional. Terjangkaunya informasi adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang (Notoadmojo, 2005). Keadaan ini dikarenakan sulitnya dalam mencari informasi. Banyak keluarga masih kurang mengerti mengenai manfaat mengikuti terapi diet rendah garam untuk penderita hipertensi sehingga pasien secara tidak langsung kurang mendapat dukungan informasional.

3. Dukungan Penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghormatan) positif untuk penderita hipertensi dan dorongan maju (Marilyn, 1998). Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebesar 50,6% keluarga kurang memberikan dukungan penghargaan. Pemberian dukungan ini membantu individu untuk melihat segi-segi positif yang berfungsi untuk menambah penghargaan penghargaan diri, membentuk kepercayaan diri dan kemampuan.

4. Dukungan Emosional

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menunjukkan seberapa besar kasih sayang keluarga terhadap anggota keluarganya. Dukungan emosional akan membantu individu untuk merasa berharga, nyaman, aman, terjamin, dan disayangi (Cohen, 1985). Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sebesar 44,5% keluarga cukup memberikan dukungan emosional kepada pasien hipertensi.

6.2 Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Berdasarkan data penelitian mengenai kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang didapatkan data bahwa 57,3% pasien hipertensi tergolong kepatuhan sedang. Kepatuhan sedang yang dimaksud yaitu ketika pasien mampu mengikuti aturan terapi namun, pasien masih belum mengikuti terapi secara maksimal. Untuk kriteria kepatuhan tinggi sebanyak 33,7% dan sisanya kepatuhan rendah sebanyak 9%.

Berdasarkan usia, kepatuhan diet rendah garam kategori tinggi pada usia dewasa tengah yaitu 40-60 tahun sebanyak 25,8% responden. Sedangkan pada usia ≥ 60 tahun lebih sedikit, yaitu 7,9%. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kepatuhan pada kelompok usia dewasa tengah dan dewasa akhir karena faktor usia juga mempengaruhi kepatuhan diet termasuk dietrendah garam, dimana kondisi tubuh dengan semakin bertambahnya usia terjadi proses penurunan fungsi kognitif, afektif dan psikomotor. Salah satu penurunan fungsi kognitif adalah penurunan daya ingat yang menyebabkan pasien sulit untuk menerima informasi (Anggina dkk, 2010)

Berdasarkan jenis kelamin, kepatuhan diet rendah garam kategori tinggi pada laki-laki sebanyak 19,1% dan pada perempuan 14,6%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kepatuhan diet rendah garam pada laki-laki dan perempuan. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Chung, *et al.* (2006) di Australia, bahwa perempuan lebih patuh dari pada laki-laki. Sample penelitian lebih banyak dengan responden laki-laki sehingga bisa mempengaruhi jumlah responden laki-laki yang patuh menjalani diet rendah garam.

6.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, diperoleh hasil 49,4% dukungan keluarga sedang dan 57,3% kepatuhan diet rendah garam tergolong sedang. Dari uji *spearman* untuk variabel dukungan keluarga dan kepatuhan diet rendah garam terdapat nilai koefisien korelasi sebesar 0,469 dan nilai Sig 2 tailed = 0,000 ($p < 0,05$). Sehingga H_0 ditolak, yang

berarti terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam.

Hasil Penelitian menunjukkan diantara keempat bentuk dukungan keluarga, didapatkan tiga diantaranya keluarga memberikan kontribusi yang cukup terhadap pasien hipertensi dan salah satunya kurang dalam memberikan dukungan. Dukungan Instrumental dari keluarga paling banyak sebesar 58,4% (Dukungan keluarga cukup). Hal ini berarti keluarga cukup menyediakan fasilitas untuk mendukung pasien hipertensi untuk menjalani diet rendah garam seperti menyiapkan makanan untuk pasien, membelikan makanan yang sesuai dengan diet pasien, dan menyiapkan fasilitas lainnya saat menjalani diet rendah garam sesuai anjuran petugas kesehatan.

Dukungan Informasi adalah dukungan yang mencakup nasehat, usulan, saran, petunjuk, dan pemberian informasi. Dukungan informasional dari keluarga yang paling banyak sebesar 42,7%. Dalam menjalankan fungsi dan tugasnya tentu saja keluarga tidak lepas dari hambatan yang ada. Hambatan yang sering dihadapi keluarga dalam memecahkan masalah kesehatan keluarga adalah tingkat pengetahuan yang masih kurang, ketidaktahuan dampak yang ditimbulkan, terbatasnya sumberdaya keluarga, kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang. Kemudian dukungan emosional dari keluarga yang paling banyak sebesar 42,7% (cukup).

Kepatuhan diet rendah garam sangat penting karena merupakan salah satu rekomendasi terapi dari AHA (*American Heart Association*) untuk dapat mengontrol tekanan darah penderita hipertensi. Ada beberapa sikap yang mendukung sikap patuh pasien diantaranya dukungan keluarga. Dalam pengobatan hipertensi informasi tidak hanya

kita berikan kepada pasien hipertensi tetapi juga pada keluarga. Mereka bisa memahami tindakan-tindakan apa yang harus dilakukan pada pasien hipertensi khususnya dalam kepatuhan diet rendah garam hipertensi sesuai anjuran yang sudah diberikan tenaga kesehatan sehingga mereka selalu bisa membimbing dan mengawasi terapi diet yang dijalankan pasien hipertensi.

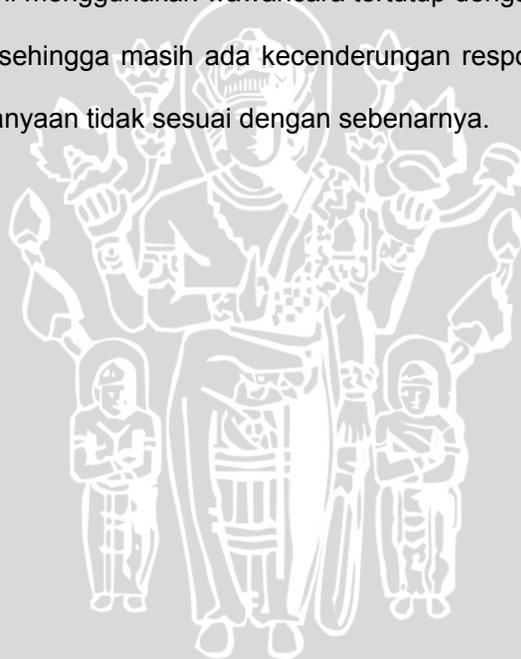
Salah satu upaya untuk menciptakan kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi adalah meningkatkan dukungan keluarga. Mereka harus bekerja sama agar pasien hipertensi patuh menjalani diet rendah garam agar tekanan darah pasien hipertensi terkontrol. Perlu dipahami pula bahwa keluarga memiliki struktur kekuatan yang membuat mereka mampu mengubah perilaku yang mendukung kesehatan.

Kepatuhan dalam menjalani diet rendah garam sebagai salah satu bentuk terapi hipertensi sangat penting karena dengan mengontrol penggunaan garam dapat membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada hipertensi (Kapita Seleкта, 2001). Ada beberapa sikap yang mendukung sikap patuh pasien diantaranya dukungan keluarga. Dalam pengobatan hipertensi informasi tidak hanya kita berikan kepada pasien hipertensi tetapi juga pada keluarga. Mereka bisa memahami tindakan-tindakan apa yang harus dilakukan pada pasien hipertensi termasuk dalam menjalani diet rendah garam sesuai anjuran yang sudah diberikan tenaga kesehatan sehingga mereka selalu bisa membimbing dan mengawasi terapi diet rendah garam yang dijalankan pasien hipertensi.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti, diantaranya adalah:

1. Terbatasnya populasi yang dijadikan sampel penelitian sehingga keberagaman karakteristik kurang mewakili. Hal ini terjadi karena terbatasnya waktu penelitian dan tenaga peneliti.
2. Pengambilan sampel dengan salah satu metode non probability sampling sehingga tidak semua orang dalam populasi memiliki kesempatan yang sama untuk ikut serta dalam penelitian ini.
3. Penelitian ini menggunakan wawancara tertutup dengan menggunakan kuesioner, sehingga masih ada kecenderungan responden menjawab setiap pertanyaan tidak sesuai dengan sebenarnya.



BAB 7**KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan diuraikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendahgaram sebagai berikut:

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di atas dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan data yang ada didapatkan hasil sebanyak 89 responden mendapat dukungan sedang sebanyak 49,44%, kriteria dukungan rendah sebanyak 29,2% dan jumlah dukungan paling sedikit adalah dukungan tinggi sebanyak 21,3%.
2. Berdasarkan data yang ada didapatkan hasil sebanyak 89 responden didapatkan 57,3% pasien hipertensi tergolong kepatuhan sedang 33,7% merupakan kepatuhan tinggi dan 9% kepatuhan rendah.
3. Terdapat hubungan positif kuat antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dengan nilai koefisien korelasi positif sebesar 0,469, artinya semakin keluarga responden menunjukkan ke arah dukungan yang tinggi, maka responden akan menunjukkan kepatuhan yang tinggi.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk Penelitian

1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan mengubah atau menambah variabel yang akan diteliti berdasarkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien.
2. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan menambah sasaran responden penelitian, tidak hanya dari pihak pasien tetapi juga dari sudut pandang keluarga.
3. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan waktu yang sedikit lebih lama dan tidak hanya dengan instrumen kuisisioner tetapi dengan wawancara pada responden yang terlibat.

7.2.2 Untuk Profesi

Mengingat adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam diharapkan informasi ini dapat lebih meningkatkan perawat dalam memberikan advokasi mengenai dukungan keluarga yang tepat kepada keluarga, sehingga dapat membantu meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani diet rendah garam.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aimul hidayat, A. Aziz. 2007. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba.
2. Anggina, dkk. 2010. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes 1 Edisi Khusus Hari Kesehatan Nasional, November 2010: Hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan Pasien diabetes mellitus dalam melaksanakan program diet Di poli penyakit dalam rsud cibabat cimahi.* ISSN: 2086-3098. Diakses pada tanggal 20 Januari 2013
3. Anies. 2006. *Waspada ancaman penyakit tidak menular, soulusi pencegahan dari aspek perilaku dan lingkungan.* Jakarta: P.T. Elex Media Komputindo.
4. Anonymous. repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/20589/.../Chapter%20II.pdf. Diakses 25 November 2011
5. Anonymous. Dukungan Keluarga. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/33835/3/Chapter%20II.pdf>. Diakses 8 Oktober 2012
6. Arief Mansjoer, 1999. *Kapita selekta kedokteran Edisi III.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
7. Arif Mansjoer. et. al. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran.* Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
8. Bentley B, Lennie TA, Biddle M, Chung ML, Moser DK. *Demonstration of psychometric soundness of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire in patients whit heart failure.* Heart Lung. 2009;38(2):121-8.
9. Bustan, N. M. 1997. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.* Jakarta: Rineka Cipta.
10. Chobanian, et al.2003. The seventh report od the joint national committee (JNC). Vol 289. No.19
11. Depkes R,. 2011. *Profil Indonesia Sehat.* Jakarta.
12. Dipiro et al, 2005, *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach,* McGraw-HillCompanies, USA
13. Friedman, M. Marilyn. 1998. *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik.* Jakarta: EGC.
14. Ganiswarna, S.G. (2007). *Farmakologi dan Terapi.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

15. Hurlock, Elizabeth. (2001). *Psikologi Perkembangan Edisi Kelima*. Jakarta : Erlangga
16. Hawari. 2001. *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebh JA. 1997. *Sinopsis Psikiatri*. Edisi ke-7, Jakarta : Binarupa Aksara.
18. Karyadi, Elvina. 2002. *Hidup Bersama Penyakit Hipertensi, Asam Urat, Jantung Koroner*. Jakarta: Intisari Mediatama.
19. Katzung, B. G. 2001. *Farmakologi: Dasar dan Klinik Buku 1 Edisi 8*. Jakarta: Salemba Empat.
20. Kuswardhani, Tuty. *Penatalaksanaan Hipertensi Pada Lanjut Usia*. 2006. <http://www.akademik.unsri.ac.id/download/journal/files/udejournal/penatalaksanaan%20hipertensi%20pada%20lanjut%20usia%20%28dr%20ra%20tuty%20k%29.pdf>. Diakses tanggal 2 Desember 2011.
21. National Heart, Lung, and Blood Institute. 2003. *JNC 7 Express The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. U.S. Department of Health and human Service. NIH Publication No. 03-5233.
22. Niven, N., 2002. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : EGC.
23. Notoatmodjo, S., 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
24. Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
25. Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
26. Purlimaningsih, putu. 2008. *Hipertensi dan Masalahnya* <http://solusikesehatananda.wordpress.com/tag/dr-putu-purlimaningsih/> diakses pada tanggal 30 Januari 2012
27. Riskesdas. 2007. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007 Provinsi Jawa Timur*. Jakarta.
28. RSSA. 2010. *Profil Rumah Sakit Saiful Anwar: Prevalensi penyakit hipertensi di Rumah Sakit Saiful Anwar*. Malang.
29. Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
30. Susalit. 2001. *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI

31. *Sustrani. 2004. Hipertensi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama*
32. *Suyono, S, et al. 2001. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI*
33. *Sylvia A. Price and Lorraine M. Wilson. 1995. PATOFISIOLOGI Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Edisi 4, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC*
34. *U.S. Department of Health and Human Services (HSS) and U.S. Department of Agriculture (USDA). Dietary Guidelines for Americans -- 2005. Chapter 8: Sodium and Potassium.*
<http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/html/chapter8.htm>, diakses pada 2 Agustus 2012
35. *U.S. Department of Health and Human Services. 2006. Your Guide to Lowering Your Blood Pressure With DASH. DASH Eating Plan Lower Your Blood Pressure. U.S Department of health and Human Service. NIH Publication 2006.*
36. *Zamhir, S. 2004. Prevalensi dan Determinasi Hipertensi di Pulau Jawa.* www.fkm.ui.ac.id. Diakses pada tanggal 12 November 2011.



repository.ub.ac

Lampiran 1. Pernyataan Keaslian Tulisan

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Luh Putu Arya Andryani

NIM : 0810720045

Program Studi: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Brawijaya

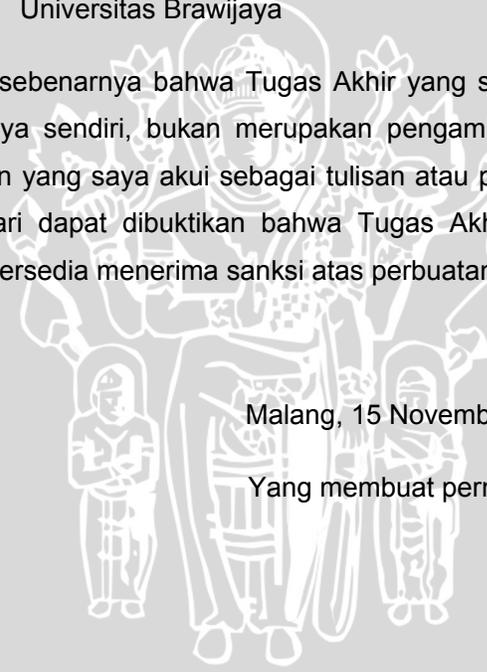
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 15 November 2012

Yang membuat pernyataan,

Luh Putu Arya Andryani

NIM. 0810720045



Lampiran 2. Keterangan Kelaikan Etik (Ethical Clearance)





**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

KETERANGAN KELAIKAN ETIK

("ETHICAL CLEARANCE")

No. /KEPK-FKUB/ EC / /

Setelah Tim Etik Penelitian Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya mempelajari dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan:

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.

Peneliti : Luh Putu Arya Andryani

NIM : 0810720045

Unit / Lembaga : Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

Tempat Penelitian : Poli Jantung RSSA Malang

Maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian tersebut telah memenuhi syarat atau laik etik.

Malang,

An. Ketua

Koordinator Divisi I,

Prof..Dr.dr. Teguh Wahyu Sardjono DTM& H, MSc, SpParK

NIP.19520410 198002 1 00





FORMULIR ETIK PENELITIAN KESEHATAN

1	<p>Peneliti : Luh Putu Arya Andryani</p> <p>Dibawah bimbingan komisi pembimbing</p> <p>a. Titin Andri W., SKp, MKes b. Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep</p>
2.	<p>Judul Penelitian :</p> <p>Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.</p>
3.	<p>Subyek :</p> <p>Pasien hipertensi di Poli Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang</p>
4.	<p>Perkiraan waktu Penelitian:</p> <p>Minggu ke-1 April sampai minggu ke-1 Mei 2012</p>
5.	<p>Ringkasan usulan penelitian yang mencakup objektif/tujuan penelitian, manfaat/relevansi dari hasil penelitian dan alasan/motivasi untuk melakukan penelitian.</p> <p>1. Tujuan Penelitian</p> <p>1.1. Tujuan Umum Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.</p> <p>1.2. Tujuan Khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi dukungan keluarga terhadap diet rendah garam pada penderita hipertensi. 5. Mengidentifikasi kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi. 6. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi. <p>2. Manfaat Penelitian</p> <p>2.1. Manfaat Praktis</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bagi institusi pendidikan

	<p>Memberikan masukan mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam kepada institusi pendidikan khususnya dan diharapkan menjadi suatu masukan yang berarti dan bermanfaat bagi institusi pendidikan.</p> <p>5. Bagi dinas kesehatan Memberikan gambaran tentang pentingnya menjalani diet rendah garam untuk mengurangi dan mempertahankan tekanan darah bagi penderita tekanan darah tinggi serta untuk membuat strategi dalam rangka mencegah terjadinya tingginya penderita hipertensi.</p> <p>6. Bagi peneliti lain Diharapkan penelitian mampu memberikan sumbangan pemikiran pada penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam dikemudian hari dan dapat dijadikan sebagai dasar penelitian analitik, serta mampu menambah wawasan dalam ilmu kesehatan.</p> <p>2.2. Manfaat Teoritis Dapat mengetahui dan menambah wawasan tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi terutama dalam terapi diet rendah garam.</p> <p>3. Motivasi Melakukan Penelitian Membantu meningkatkan upaya keluarga dalam mendukung pasien hipertensi dalam melaksanakan penatalaksanaan non farmakologis berupa pengaturan pola makan dengan diet rendah garam sehingga diharapkan tekanan darahnya tetap terkontrol.</p>
6.	<p>Masalah etik (nyatakan pendapat anda tentang masalah etik yang mungkin dihadapi)</p> <p>Masalah etik tidak terjadi karena dalam penelitian ini responden telah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur dan hak responden serta wawancara akan dilakukan kurang lebih selama 10 menit pada saat responden menunggu giliran untuk diperiksa oleh dokter, sehingga dalam wawancara ini tidak merugikan responden.</p>
7.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah percobaan pada hewan sudah dilakukan? Bila belum, sebutkan alasan untuk memulai penelitian ini pada manusia</p> <p>Penelitian ini tidak dilakukan pada hewan coba karena penelitian ini hanya mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga pasien yang menjalani diet rendah garam dengan kepatuhan pelaksanaan diet rendah garam yang dilakukan dengan cara wawancara terstruktur yang hanya dapat dilakukan pada manusia.</p>
8.	<p>Prosedur penelitian yang dilakukan:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti menentukan sampel sesuai kriteria inklusi pada saat petugas kesehatan poli mengukur tekanan darah pasien yang akan kontrol. 2. Peneliti mencatat nomor rekam medis dan tekanan darah saat datang. 3. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang penelitian yang akan dilakukan. 4. Peneliti memberikan penjelasan bahwa wawancara dilakukan di ruang tunggu sambil menunggu kedatangan dokter yang akan memeriksa pasien. 5. Peneliti memberikan kontrak kesediaan untuk menjadi responden. 6. Peneliti melakukan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner kepada responden. 7. Peneliti melakukan analisis data
9	<p>Bahaya potensial yang langsung atau tidak langsung, segera atau kemudian dan cara-cara untuk mencegah atau mengatasi kejadian (termasuk rasa nyeri dan keluhan lain)</p> <p>Penelitian ini tidak berbahaya karena penelitian ini dilakukan pada pasien hipertensi saat menanti kedatangan dokter sehingga tidak merugikan.</p>
10.	<p>Pengalaman terdahulu (sendiri atau orang lain) dan tindakan yang hendak diterapkan.</p> <p>Penelitian oleh Haryono tahun 2009 dengan judul "Peran Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Godean I Sleman Yogyakarta". Penelitian ini berupa tesis yang bertujuan untuk mengevaluasi peran keluarga terhadap kepatuhan diet rendah garam yang dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Godean I Sleman Yogyakarta. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa dukungan keluarga berpengaruh dalam pelaksanaan diet rendah, karena faktor yang menjadi kendala adalah daerah tempat penelitian merupakan daerah pesisir pantai, cara memasak keluarga, kebiasaan makan yang asin, dan kurangnya peran keluarga dalam mendukung anggota keluarganya dalam menjalani diet rendah garam.</p>
11.	<p>Bila penelitian ini menggunakan orang sakit dan dapat memberi manfaat untuk subyek yang bersangkutan, uraikan manfaat itu :</p> <p>Penelitian ini menggunakan orang sakit dan dari penelitian ini, subjek penelitian akan mendapatkan manfaat yaitu bertambah pengetahuan tentang pentingnya dukungan keluarga yang diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pelaksanaan diet rendah garam sebagai salah satu penatalaksanaan non farmakologis berupa pengaturan pola makan.</p>
12.	<p>Bagaimana memilih pasien/sukarelawan sehat</p> <p>Pasien dipilih secara <i>purposive sampling</i> dengan kriteria inklusi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien hipertensi yang melakukan kunjungan ke poli jantung minimal sekali. 2. Bersedia dijadikan responden 3. Penderita usia dewasa tengah 35-60 tahun

	<p>4. Penderita memiliki riwayat hipertensi minimal 3 bulan terakhir</p> <p>5. Penderita tinggal dengan keluarga</p> <p>6. Penderita menjalankan pola diet rendah garam.</p> <p>Kriteria eksklusinya adalah:</p> <p>e. Penderita memiliki gangguan mental</p> <p>f. Penderita tinggal sendiri</p> <p>g. Penderita yang mengalami sakit sehingga tidak dapat berpartisipasi dalam penelitian ini</p> <p>h. Penderita tidak menjalankan pola diet rendah garam</p>
13.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, jelaskan hubungan antara peneliti dengan subyek yang diteliti</p> <p>Peneliti – Responden</p>
14.	<p>Bila Penelitian Ini Menggunakan Orang Sehat, Jelaskan Cara Pemeriksaan Kesehatannya</p> <p>Penelitian ini tidak menggunakan orang sehat, melainkan pasien hipertensi sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan</p>
15.	<p>Jelaskan cara pencatatan selama penelitian, efek samping dan komplikasi bila ada</p> <p>Untuk menjaga kerahasiaan data, biodata responden dirahasiakan dengan cara <i>anonymity</i>. Kuesioner yang telah diisi tersebut disimpan terlebih dahulu oleh peneliti di rumah.</p> <p>Tidak terdapat efek samping dan komplikasi dalam penelitian ini.</p>
16.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, jelaskan bagaimana cara memberitahu dan mengajak subyek (lampirkan contoh surat persetujuan subyek) Bila pemberitahuan dan kesediaan subyek bersifat lisan atau bila karena sesuatu hal subyek tidak dapat atau tidak perlu dimintakan persetujuan, berilah alasan yang kuat untuk itu</p> <p>Penyampaian informasi dilakukan secara lisan dan tulisan tentang tujuan, manfaat, prosedur dan hak responden. Peneliti memberikan penjelasan secara lisan dan tertulis tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian, serta hak responden. Setelah penjelasan dan responden bersedia, maka responden menandatangani informed consent atau surat persetujuan penelitian yang diberikan sebelum pengisian kuesioner. Jika pasien hipertensi tidak bersedia, peneliti tidak akan memaksa dan mengucapkan terimakasih atas kesediaan mendapat penjelasan mengenai penelitian ini. Penelitian dilakukan sekali selama kurang lebih 10 menit untuk setiap responden.</p>
17.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah subyek mendapat ganti rugi</p>

	<p>bila ada efek samping? Berapa banyak?</p> <p>Tidak ada efek samping yang ditimbulkan dari penelitian ini sehingga tidak ada ganti rugi yang diberikan kepada subjek penelitian</p>
18.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah subyek diasuransikan?</p> <p>Subyek tidak diasuransikan.</p>

Peneliti

<p>1. Luh Putu Arya Andryani</p> <p>NIM. 0810720045</p>	
---	--

Pembimbing :

<p>1. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes</p> <p>NIP. 197702262003122001</p>	
<p>2. Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep</p> <p>NIP. 81082407120003</p>	

Telah diperiksa dan disetujui pada tanggal



Lampiran 3. Informed Consent

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Luh Putu Arya Andryani, mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang".
2. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi di poliklinik jantung rumah sakit umum dr. saiful anwar Malang.
3. Manfaat yang akan Saudara dapatkan jika berpartisipasi dalam penelitian ini adalah pentingnya dukungan keluarga dalam menjalani diet rendah garam sebagai salah satu penatalaksanaan non farmakologis yang dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.
4. Penelitian ini akan berlangsung \pm 10 menit dengan menggunakan wawancara terstruktur. Saat penelitian, Saudara diminta menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh peneliti sesuai dengan lembar kuesioner.
5. Penelitian ini tidak memiliki efek samping dan tidak membahayakan bagi keselamatan dan kesehatan Saudara.
6. Penelitian ini tidak mengganggu kenyamanan Saudara karena pengisian kuesionair dilakukan pada waktu luang saat Saudara menanti kedatangan dokter. Peneliti hanya akan memulai penelitian pada responden yang merasa tidak keberatan dan tidak merasa terganggu selama ikut serta dalam penelitian ini.
7. Saudara berhak menentukan pilihan bersedia atau tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dari siapapun.
8. Apabila telah bersedia, selama proses penelitian Saudara juga berhak untuk mengundurkan diri tanpa disertai sanksi apapun.

9. Data diri Saudara dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dengan cara menyimpan kuesioner yang telah diisi. Hasil pengisian kuesioner ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Peneliti

Luh Putu Arya Andryani

NIM 0810720045



Lampiran 4. Lembar Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi Dalam Penelitian

Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko serta hak saya sebagai responden dari penelitian ini seperti yang telah disampaikan oleh peneliti secara lisan dan tulisan yang tercantum dalam lembar informasi.
2. Dengan ini saya menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) tanpa paksaan untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **"Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam pada Penderita Hipertensi di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang"**.

Malang, , 2012

Peneliti

Saksi,

Yang membuat pernyataan

Luh Putu Arya Andryani

(.....)

(.....)



Lampiran 5. Kuesioner

Kuisisioner A: Dukungan Keluarga

Nama :

Tanggal pengambilan data :

Usia :

menderita HT sejak :

Alamat :

Jenis kelamin :

Pasien tinggal dengan :

Jumlah garam yang dihabiskan:.....bungkus/bulan

No	Pertanyaan	Tidak Pernah (TP)	Kadang - kadang (K)	Sering (S)
		0	1	2
1	Keluarga menyarankan saya untuk makan makanan rendah garam			
2	Keluarga memberitahu saya bahwa diet rendah garam itu penting			
3	Keluarga memastikan saya untuk makan makanan yang rendah garam			
4	Keluarga membeli makanan yang sesuai untuk diet rendah garam			
5	Keluarga memasak makanan yang rendah garam			
6	Keluarga ikut dalam makan masakan diet rendah garam			
7	Ketika makan diluar, keluarga akan memilih restoran yang makanannya sesuai dengan diet rendah garam			
8	Keluarga tidak menggoda dengan makan makanan yang mengandung garam yang tinggi atau yang tidak dianjurkan oleh dokter			
9	Keluarga mengecek <i>nutrion fact</i> (kandungan nutrisi) yang ada dilabel makanan			
10	Keluarga memberi saran makanan apa saja yang boleh dan yang tidak boleh saya makan			
11	keluarga mencari informasi mengenai diet rendah garam yang saya jalani			
12	Keluarga memuji anda karena telah mengikuti diet rendah garam			
13	keluarga memberikan semangat pada saya untuk tetap melanjutkan diet rendah garam			
14	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap ada membutuhkan bantuan			
15	keluarga menemani dan memperhatikan saya dalam menjalani terapi diet rendah garam			
16	keluarga memberikan kesempatan untuk anda untuk mengungkapkan perasaan sehubungan dengan terapi diet yang dilakukan			

Kuisisioner B: Kepatuhan Diet Rendah Garam

**KUISIONER TENTANG TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP PELAKSANAAN
POLA DIET RENDAH GARAM**

PERTANYAAN	SELALU	SERING (>3 kali seminggu)	JARANG (< 3 kali seminggu)	TIDAK PERNAH
	3	2	1	0
1. Saya membatasi pemakaian garam < 6 gr (1 sendok teh)				
2. Saya mencoba membeli makanan yang mengandung sedikit garam				
3. Saya mencoba mengonsumsi makanan tanpa garam				
4. Saya tidak lagi menambahkan bumbu-bumbu seperti penyedap rasa, kecap, terasi, saus tomat dll selama memasak				
5. Bila saya sudah menggunakan bumbu-bumbu seperti di atas saya mengurangi jumlah pemakaian garamnya				
6. Saya tidak lagi menambahkan garam di meja jika dirasa kurang asin				
7. Saya mengurangi kecap/ saus/ dendeng/ abon/ mentega dalam makanan				
8. Saya tidak lagi membeli makanan olahan/ instan (makanan isntant seperti mie, kecap, sosis, cornet, buah kalengan, ikan asin, minuman kemasan, camilan)				
9. Saya mengurangi makan makanan restoran/ fast food				
10. Saya tidak lagi menyelingi makan camilan seperti kripik asin, biscuit,				
11. Saya selalu melihat <i>food labeling</i> / kandungan gizi setiap membeli makanan instant untuk mengetahui jumlah sodium				

Lampiran 6. Kisi-kisi Kuesioner

KISI – KISI KUESIONER

Lembar Kuisisioner	
Bagian A	<p>Identitas Responden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nama (Inisial) • Usia • Alamat • Jenis Kelamin • Lama menderita hipertensi • Anggota keluarga yang tinggal serumah • Jumlah garam yang dihabiskan
Bagian B	<p>Pengetahuan tentang Diet Rendah Garam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukungan emotional • Dukungan penghargaan • Dukungan instrumental • dukungan informatif
Bagian C	<p>Kepatuhan Pelaksanaan Diet Rendah Garam</p> <ul style="list-style-type: none"> • pengaturan jadwal pasien makan makanan dengan kandungan garam yang tinggi • jumlah kadar garam dalam makanan yang dikonsumsi rata-rata dalam seminggu • jenis makanan dengan kadar garam tinggi yang dikonsumsi rata-rata dalam seminggu

Lampiran 7. Validitas



Correlations Dukungan Keluarga



Correlations

		Dukungan TOT
DukunganTOT	Pearson Correlation	1
	N	20
DukunganQ1	Pearson Correlation	,655**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
DukunganQ2	Pearson Correlation	,683**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
DukunganQ3	Pearson Correlation	,874**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
DukunganQ4	Pearson Correlation	,827**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
DukunganQ5	Pearson Correlation	,806**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
DukunganQ6	Pearson Correlation	,464*
	Sig. (2-tailed)	,039
	N	20
DukunganQ7	Pearson Correlation	,530*
	Sig. (2-tailed)	,016
	N	20
DukunganQ8	Pearson Correlation	,540*
	Sig. (2-tailed)	,014
	N	20
DukunganQ9	Pearson Correlation	,686**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
DukunganQ10	Pearson Correlation	,620**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	20
DukunganQ11	Pearson Correlation	,594**
	Sig. (2-tailed)	,006
	N	20
DukunganQ12	Pearson Correlation	,529*
	Sig. (2-tailed)	,016
	N	20
DukunganQ13	Pearson Correlation	,624**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	20
DukunganQ14	Pearson Correlation	,722**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
DukunganQ15	Pearson Correlation	,828**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
DukunganQ16	Pearson Correlation	,598**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations Kepatuhan



Correlations

		Kepatuhan TOT
KepatuhanTOT	Pearson Correlation	1
	N	20
KepatuhanQ1	Pearson Correlation	,643**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
KepatuhanQ2	Pearson Correlation	,680**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	20
KepatuhanQ3	Pearson Correlation	,607**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	20
KepatuhanQ4	Pearson Correlation	,480*
	Sig. (2-tailed)	,032
	N	20
KepatuhanQ5	Pearson Correlation	,642**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	20
KepatuhanQ6	Pearson Correlation	,719**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
KepatuhanQ7	Pearson Correlation	,722**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
KepatuhanQ8	Pearson Correlation	,517*
	Sig. (2-tailed)	,020
	N	20
KepatuhanQ9	Pearson Correlation	,598**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	20
KepatuhanQ10	Pearson Correlation	,600**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	20
KepatuhanQ11	Pearson Correlation	,712**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Lampiran 8. Reliabilitas

Kepatuhan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,915	16

Dukungan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,846	11



Lampiran 9. Hasil Analisis

Hasil Analisis

1. Hasil Uji Hipotesis

a. Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam

Spearman's rho

Correlations				
			Tingkat Dukungan	Tingkat Kepatuhan
Spearman's rho	TingkatDukungan	Correlation Coefficient	1.000	.469**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	89	89
	TingkatKepatuhan	Correlation Coefficient	.469**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	89	89

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

b. Jenis Kelamin dengan dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam

Correlations				
			Jenis Kelamin	Tingkat Kepatuhan
Spearman's rho	JenisKelamin	Correlation Coefficient	1.000	.097
		Sig. (2-tailed)	.	.366
		N	89	89
	Tingkat Kepatuhan	Correlation Coefficient	.097	1.000
		Sig. (2-tailed)	.366	.
		N	89	89

c. Usia dengan dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam

Correlations				
			Usia	Tingkat Kepatuhan
Spearman's rho	Usia	Correlation Coefficient	1.000	.293**
		Sig. (2-tailed)	.	.005
		N	89	89
	Tingkat Kepatuhan	Correlation Coefficient	.293**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.005	.
		N	89	89

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

d. Jumlah Garam yang Dikonsumsi dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam

Correlations				
			Jumlah Konsumsi Garam Per Hari	Tingkat Kepatuhan
Spearman's rho	Jumlah Konsumsi Garam Per Hari	Correlation Coefficient	1.000	.118
		Sig. (2-tailed)	.	.269
		N	89	89
	Tingkat Kepatuhan	Correlation Coefficient	.118	1.000
		Sig. (2-tailed)	.269	.
		N	89	89

e. Jumlah Keluarga Dalam Satu Rumah dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam

Correlations				
			Keluarga Dalam Satu Rumah	Tingkat Kepatuhan
Spearman's rho	Keluarga Dalam Satu Rumah	Correlation Coefficient	1.000	-.152
		Sig. (2-tailed)	.	.156
		N	89	89
	Tingkat Kepatuhan	Correlation Coefficient	-.152	1.000
		Sig. (2-tailed)	.156	.
		N	89	89

Lampiran 10. Lembar Konsultasi Tugas Akhir



Lampiran 11. Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

1. Nama. : Luh Putu Arya Andryani
2. Tempat /Tanggal Lahir : Bangli, 14 Februari 1991
3. Alamat Kost/ Sewa, No. Tlp. : Jl. Bantaran Indah Blok H no. 9 Malang,
085739098819
4. Univ./Akademi/Institut : Universitas Brawijaya
5. Jurusan/ Program Studi : Jurusan Keperawatan
6. NIM : 0810720045
8. Riwayat Pendidikan :
 1. TK Asta Yoga
 2. SD Negeri 1 Ketewel
 3. SMPN 1 Sukawati
 4. SMA PGRI 4 Denpasar
 5. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya Malang